



A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

Rafaela Matos

2019

## A PRESENÇA DA FAMÍLIA NUM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Rafaela Amorim Matos

# A PRESENÇA DA FAMÍLIA NUM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

e coorientação da  
Mestre Arminda Vieira

Julho de 2019

## RESUMO

A família é o conjunto de pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, funcionando como um sistema (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015), ou pode ser caracterizada com base na afeição, fortes laços emocionais, sentimento de pertença e durabilidade de associação (Wright e Leahey, 2011). A família quando atravessa um processo de doença ativa todos os recursos ao seu alcance para garantir o apoio e dar resposta às necessidades específicas dos seus membros. Deste modo, compreende-se o impacto que a doença de um familiar provoca no funcionamento do seio familiar, da mesma forma que a própria família afeta especificamente o estado de saúde dos seus membros (Martins, 2002).

No âmbito dos cuidados de saúde em Portugal, os serviços de urgência continuam a ser a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde. A presença de um familiar pode ter significativa importância não só na segurança e bem-estar do doente e família, mas também pode ter reflexos positivos no trabalho dos profissionais. De acordo com a Lei nº 33/2009 “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (2009, p. 4467).

É neste contexto que surge este estudo que tem como principal objetivo conhecer a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de Serviço de Urgência, de modo a contribuir para uma melhoria da prestação dos cuidados neste âmbito.

Para a realização deste estudo optamos por um estudo com uma abordagem qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. Relativamente à estratégia de recolha de dados optamos pela entrevista semiestruturada, dirigida a enfermeiros e familiares de um doente de um serviço de urgência de um Hospital da Região Norte. Os dados foram analisados com o recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2018).

De acordo com os resultados obtidos, constatamos que é atribuído um significado positivo, mas também negativo relativamente à presença da família no Serviço de Urgência. Foram evidenciados os benefícios atribuídos à presença da família num serviço de urgência como também os aspetos desfavoráveis, os quais se encruzavam. Emergiram deste estudo, um conjunto de sugestões que nos proporcionam uma visão do que se pode melhorar de modo a favorecer a presença da família em contexto de serviço de urgência.

**Palavras Chaves:** Família, Serviço de Urgência, Cuidar no Serviço de Urgência.

## ABSTRACT

Family is a group of people linked by consanguinity, affinity, emotional or legal relationship, working as a system (International Classification for Nursing Practice, 2015) or it could also be based solely on affection: strong emotional links, sense of belonging and association durability (Wright and Leahey 2011). When a family is facing difficulties due to illness or any other issue, it activates a wide array of resources to grant support and give response to the specific necessities of its members. Taking this into consideration it is easier to understand the impact created in the family working system when one of its members is facing an illness process and at the same time how the family response will specifically affect the health status of this member (Martins, 2002).

In the area of health care system in Portugal, Emergency Services are still the main entry door of National Health care System. The presence of a relative may have a significant importance not only when it comes to security or well being of the patient and their family. It may also affect positively the work of health care professionals. According to the law 33/2009 "Any citizen admitted to an Emergency Service has the right of being accompanied by a person indicated by itself and they have also the right of being informed about this right at the time of admission into the service"(2009, p. 4467).

The present investigation comes out in this context and it has as a main aim to know the perspective of nurses and family regarding the companion during a recovery process to improve the health care service in this area.

To carry out this investigation we opted for qualitative analysis with exploratory and descriptive character. With regard to the data collection strategy we opted for the semi-structured interview, directed to nurses and relatives of patients in Emergency Service in a Hospital of the Northern Region. Data was analyzed by means of an specific data analysis technique following Bardin (2018).

According to the results obtained in the study, we confirmed that it was attributed a positive meaning despite pointing out some negative aspects regarding the presence of the family in the Emergency Service. There were highlighted some benefits regarding the presence of the family in the Emergency Service as well as the negative aspects, which were interweaved. A number of suggestions arose from this study, providing us with a wide vision about what could be carried out to enhance the presence of family in the Emergency Service context.

**Keywords:** Family, Emergency Service, Nurses in an Hospital Service Emergency.

## **AGRADECIMENTOS**

*A todos os que de uma ou outra forma, contribuíram para a realização deste trabalho, quero deixar expresso o meu profundo agradecimento, principalmente:*

*À minha família por toda a compreensão e apoio que me deram ao longo destes meses de trabalho;*

*À Professora Doutora Aurora Pereira, orientadora do trabalho, pelo apoio, disponibilidade e cujas orientações foram preciosas para a sua concretização;*

*À Professora Mestre Arminda Vieira, coorientadora do trabalho, pelo apoio e orientação disponibilizada;*

*A todos os Familiares e Enfermeiros do Serviço de Urgência onde foi efetuada a recolha de dados, por me terem permitido a realização deste estudo e por amavelmente terem participado nas entrevistas;*

*Por fim, agradeço a todas as pessoas que de uma forma anónima contribuíram para a execução deste estudo.*

*A todos o meu **MUITO OBRIGADO!***

## PENSAMENTO

"Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objetivo,  
cada passo deve ser ele próprio um objetivo em si mesmo,  
ao mesmo tempo que nos leva para diante."  
**(Goethe)**



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
1. A Família e o Processo Saúde – Doença	19
1.1 Conceito(s) de Família	19
1.2 Processo Saúde - Doença na Família	26
2. Cuidar no Serviço de Urgência	28
2.1 Do Conceito de Urgência à Dinâmica de um Serviço de Urgência	28
2.2 Cuidar da Pessoa/Família num Serviço de Urgência	34
<b>CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>39</b>
1. Da Problemática aos Objetivos	40
2. Tipo de Estudo	42
3. O Contexto e os Participantes no Estudo	43
3.1 O Contexto	44
3.2 Os Participantes	46
4. Procedimentos de Recolha de Dados	49
5. Procedimentos de Análise de Dados	50
6. Aspetos Éticos	53
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS</b>	<b>55</b>
1. Significado atribuído à presença da família num contexto de Serviço de Urgência	56
2. Aspetos benéficos atribuídos à presença da família num contexto de Serviço de Urgência	58
3. Aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da família num contexto Serviço de Urgência	64
4. Sugestões para favorecer a presença da família num contexto de Serviço de Urgência	69

<b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>110</b>

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	- Significado atribuído à presença da família num contexto de serviço de urgência – categorias e subcategorias	<b>56</b>
<b>Figura 2</b>	- Aspetos benéficos atribuídos à presença da família num contexto de serviço de urgência – categorias e subcategorias	<b>59</b>
<b>Figura 3</b>	- Aspetos desfavoráveis atribuídos à da família num contexto de serviço de urgência – categorias e subcategorias	<b>65</b>
<b>Figura 4</b>	- Sugestões para melhorar a presença da família num contexto de serviço de urgência – categorias e subcategorias	<b>69</b>
<b>Figura 5</b>	- Esquematização dos resultados: A presença da família num contexto de serviço de urgência.	<b>73</b>

## **INDICE DE ESQUEMAS**

<b>Esquema 1</b>	- Ciclo Vital da Família	<b>22</b>
<b>Esquema 2</b>	- Principais conceitos abordados pela Teoria de Desenvolvimento da Família	<b>25</b>

## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	- Caraterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros participantes	<b>47</b>
<b>Tabela 2</b>	- Caraterização sociodemográfica e profissional dos familiares participantes	<b>48</b>

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1</b>	- Autorização do Conselho de Administração da instituição à solicitação de realização do estudo	<b>105</b>
----------------	---	------------

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice 1</b>	- Instrumento de colheita de dados (Guião de entrevista)	<b>111</b>
<b>Apêndice 2</b>	- Declaração de consentimento informado	<b>116</b>
<b>Apêndice 3</b>	- Codificação das entrevistas	<b>118</b>

## ABREVIATURAS

art.	-	Artigo
E	-	Entrevista realizada aos Enfermeiros
et al.	-	<i>est alli</i> (e outros autores)
F	-	Entrevista realizada à Família
in	-	Citado por
nº/Nº	-	Número
p.	-	Página
s.n.	-	Sem nome



## **SIGLAS**

ACSS	-	Administração Central do Sistema de Saúde
AVD'S	-	Atividades de Vida Diária
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRRNEU	-	Comissão de Reavaliação de Rede Nacional de Emergência
DGS	-	Direção Geral de Saúde
DR	-	Diário da República
INE	-	Instituto Nacional Estatística
INEM	-	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SIV	-	Suporte Imediato de Vida
SNS	-	Sistema Nacional de Saúde
SU	-	Serviço de Urgência
SUB	-	Serviço de Urgência Básica
SUMC	-	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP	-	Serviço de Urgência Polivalente
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
VMER	-	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como qualquer área disciplina, necessita de uma produção e atualização constante do seu corpo de conhecimentos, o que só pode ser assegurado pela investigação. A investigação em enfermagem tornou-se num processo sistemático, científico e rigoroso. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, através da identificação e validação de saberes específicos, permitindo uma evolução para a prática baseada na evidência. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem permite promover a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A enfermagem na atualidade é concebida como ciência e profissão e está centralizada maioritariamente no atendimento do indivíduo na sua globalidade, reconhecendo a família como alvo de cuidados, sendo esta um elemento elementar no processo de cuidar. As recentes políticas de saúde em Portugal, nomeadamente, no atual Plano Nacional de Saúde (2004-2010) identificam que a presença da família é um direito da pessoa (Portugal, 2004).

A família é definida como uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano e desempenhando um papel fundamental na saúde e cooperando para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. Existe uma preocupação e um compromisso de integrar a família nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, a manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Bezerra [et al.], 2013).

O serviço de urgência funciona, normalmente como uma porta de entrada, aberta 24 horas que permite o acesso da população aos cuidados de saúde. Sendo muitas vezes o primeiro contacto de utentes e famílias com o hospital. Este por sua vez, possui um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais o confronto com a finitude da vida é uma constante, gerando momentos de grande fragilidade, sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia, tanto no doente como na família e nos enfermeiros que aí desempenham funções. Assim, a presença de um acompanhante pode ter uma importância significativa não só para a segurança, mas também para o bem-estar do doente e família (Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014; Pinho e Kantorski, 2004).

Recorrer a um serviço de urgência pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes alguma vez experienciada. A mudança num dos membros do sistema familiar através do impacto da doença, gera modificações nos outros membros da família (Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014).

O direito ao acompanhamento do doente nos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde está legalmente reconhecido em Portugal (Lei nº 15/2014 de 21 março). No entanto, está contemplado na lei que existem situações que, pela sua natureza, a presença da família pode comprometer a ação dos profissionais de saúde e urge a necessidade de desenvolver e criar competências relacionadas com as infraestruturas arquitetónicas adequadas que permitem a presença da família.

Os motivos que levam, nomeadamente, o acompanhante a permanecer junto ao doente segundo Shiotsu e Takahashi são:

“ajudar o doente por causa da sua dependência ou limitação física; demonstrar amor, gratidão por tudo que recebeu dele; dar apoio emocional; transmitir força, coragem e otimismo; identificar e atender as necessidades do doente; assegurar o atendimento pela equipa; favorecer a comunicação entre o doente e a equipa; observar e fiscalizar a assistência prestada; acompanhar a evolução clínica” (2000, p. 106).

Parece ser consensual que este acompanhamento é vantajoso para os doentes e seus familiares. E para os profissionais de saúde, quais as vantagens, o que pensam os mesmos sobre este aspeto. No sentido de obter resposta a esta questão, decidimos realizar o presente estudo de investigação.

A realização de um trabalho de investigação científica permite descrever e explicar fenómenos que acontecem no mundo real (Ribeiro, 2010). Assim, justifica-se a pertinência do presente estudo que se debruça sobre uma realidade específica. Posteriormente, através do conhecimento da realidade, espera-se que possam vir a ser adotadas estratégias que visem melhorá-lo, pelo menos a nível do contexto do estudo em causa.

Assim, depois de escolher o tema para este trabalho de investigação e após uma reflexão profunda sobre a matéria, recorrendo à literatura referente ao assunto, formulou-se aquela que será a pergunta de partida para este trabalho de investigação: Qual a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de Serviço Urgência?

De modo a dar resposta a este problema, estabeleceu-se o seguinte Objetivo Geral para esta investigação:

- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de Serviço de Urgência.

Com base neste objetivo, definiram-se também Objetivos Específicos que se propõe atingir:

- Identificar o significado atribuído à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência;
- Identificar os benefícios atribuídos à da presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência;
- Identificar os aspetos desfavoráveis à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência.

Este trabalho encontra-se organizado de acordo com o desenvolvimento do processo de investigação e dividido em cinco capítulos.

O primeiro capítulo remete-se ao enquadramento teórico da problemática em estudo, onde, abordamos e exploramos conceitos e teorias sobre a família e o processo saúde-doença na família, assim como, o conceito de urgência a dinâmica de um serviço de urgência, e o cuidar da pessoa/família neste contexto.

No segundo capítulo, expomos o percurso metodológico como norteador para o desenvolvimento deste estudo, desde o tipo de estudo, a caracterização do contexto e os participantes, os procedimentos para a recolha de dados e análise de dados. Para além disso, tecem-se ainda considerações de natureza ética que sustentaram a elaboração deste estudo. No terceiro capítulo integramos a apresentação e análise dos dados, seguindo-se o quarto capítulo em que procedemos à discussão dos resultados. No quinto e último capítulo, são apresentadas as principais conclusões e enunciadas sugestões para a prática de cuidados e para futuras investigações neste âmbito.

## **CAPÍTULO I**

---

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo, vamos enquadrar teoricamente a temática em estudo. Esta etapa representa o ponto de partida para a elaboração de um estudo científico (Gil, 1999, p. 34) e tem como pressuposto formular ideias claras, concisas e organizadas acerca da temática específica em estudo. Cujos eixos estruturantes são a família e o contexto de um serviço de urgência e como cuidar a pessoa/família num serviço de urgência.

## **1. A Família e o Processo Saúde – Doença**

Neste ponto vamos debruçarmos sobre o o(s) conceito(s) de família e o processo saúde-doença na família.

### **1.1 Conceito(s) de Família**

Definir família, é mais complexo que falar ou pensar nela. Representando um grupo social primário que influencia ou é influenciado por outras pessoas, é a primeira unidade básica de desenvolvimento pessoal onde se vivenciam um conjunto de experiências fundamentais ao desenvolvimento e consolidação da personalidade humana. É unida por múltiplos laços capazes de manter os membros moralmente, materialmente e reciprocamente durante uma vida e durante as gerações. Todavia temos de ter em consideração às transformações da sociedade que levam a mudanças na organização e estrutura familiar, com novas formas de agregados e de famílias, com um aumento da diversidade e das interações conjugais. A par dessa evolução, vários têm sido os autores que a têm tentado definir.

Desde os primórdios da existência do Homem, este nunca se assumiu como um ser solitário, mas sim como “(...) membro integrante de uma comunidade e membro de uma família” (Franco e Martins, 2000, p. 35).

De acordo com Osório (1996, p. 15), de uma forma muito genérica e sintética, define família como uma “unidade básica da interação social”.

Para Cabral (2003, p. 44) a família é considerada “(...) uma comunidade de pessoas que vivem relações de mútuo afeto, num clima de confiança e de intimidade”.

Stanhope e Lancaster (2011, p. 581) consideram a família como um conjunto de “(...) dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro”. Ainda neste contexto os mesmos autores assumem que o conceito pode ir

desde “as noções tradicionais de família nuclear ou alargada até às estruturas da família “pós-moderna” como as famílias monoparentais, famílias de padrasto/madrasta, famílias do mesmo género e famílias constituídas por amigos” (ibidem).

Para Guerreiro (2011, p. 11) a família “é considerada uma unidade elementar da sociedade, sendo cada vez mais reconhecida a sua importância na relação com a saúde e a doença dos indivíduos que a compõem”.

Se nos referirmos à família em sentido jurídico, conforme referido na Lei nº 23/2010 no artigo 1576º do Código Civil Português, esta será constituída pelas pessoas que se encontram ligadas pelo casamento, pelo parentesco, pela afinidade e pela adoção (ibidem, 2010). Ao integrar os laços biológicos, discriminaremos alguns conceitos como a família nuclear, família alargada, família de origem, entre outras. Por outro lado, na integração dos vínculos familiares psicossociológicos diferenciaremos a família adotiva e a família educadora (Gimeno, 2003).

As tendências demográficas, económicas, socioculturais e desenvolvimento tecnológico podem ter um forte impacto na família. Conforme Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018) as tendências demográficas são representadas pelo aumento da população idosa, idade do primeiro casamento, aumento do número de solteiros, divorciados e famílias reconstruídas, taxas de natalidade e aumento do número de crianças que vivem uma situação de divórcio, ou vivem com o pai ou mãe solteiro (a).

Deste modo, a definição de família tem vindo a tornar-se mais abrangente ultrapassando os limites tradicionais de sangue e casamento.

Elsen, Althoff e Manfrini (2001, p. 93) refere-se à família como:

“uma unidade dinâmica, com uma identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo uma estrutura e organização própria. Estabelecem objetivos de vida e interação entre si e com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação. A família está inserida em um determinado contexto físico, sociocultural e político, influenciando e sendo por ele influenciado”.

Segundo Bagagem (2010, p. 36-37), a família, é “um grupo primário e fundamental na sociedade, é intermediária entre o indivíduo e a sociedade mais ampla, ela molda-se às condições de vida que predominam num certo tempo e lugar”.

De acordo com Dias (2011, p. 141), a família refere-se a um “conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior”. Segundo o mesmo autor (2011, p. 146) “a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade desta estrutura”.

Também ao nível da Enfermagem o conceito de família tem vindo a sofrer alterações. Em 1985 um dos primeiros organismos oficiais de Enfermagem de Família conhecidos como Department of family Nursing adotou a seguinte definição:

“A família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproco, responsabilidade mútua, e duração temporária. A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões, e partilha de objetivos” (Departement of Family in Hanson, 2005, p. 6).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015, p. 143) considera-se a família como um grupo com as seguintes características específicas: “(...) é uma unidade social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior que a soma das partes”.

Através da bibliografia podemos constatar a imensa variedade de realidades quanto ao conceito de família, contudo devemos salvaguardar o aumento das famílias unipessoais nos tempos atuais, indo de encontro ao conceito proposto por Wright e Leahey (2012, p. 55), aludindo que a “família é quem os seus membros dizem que são”.

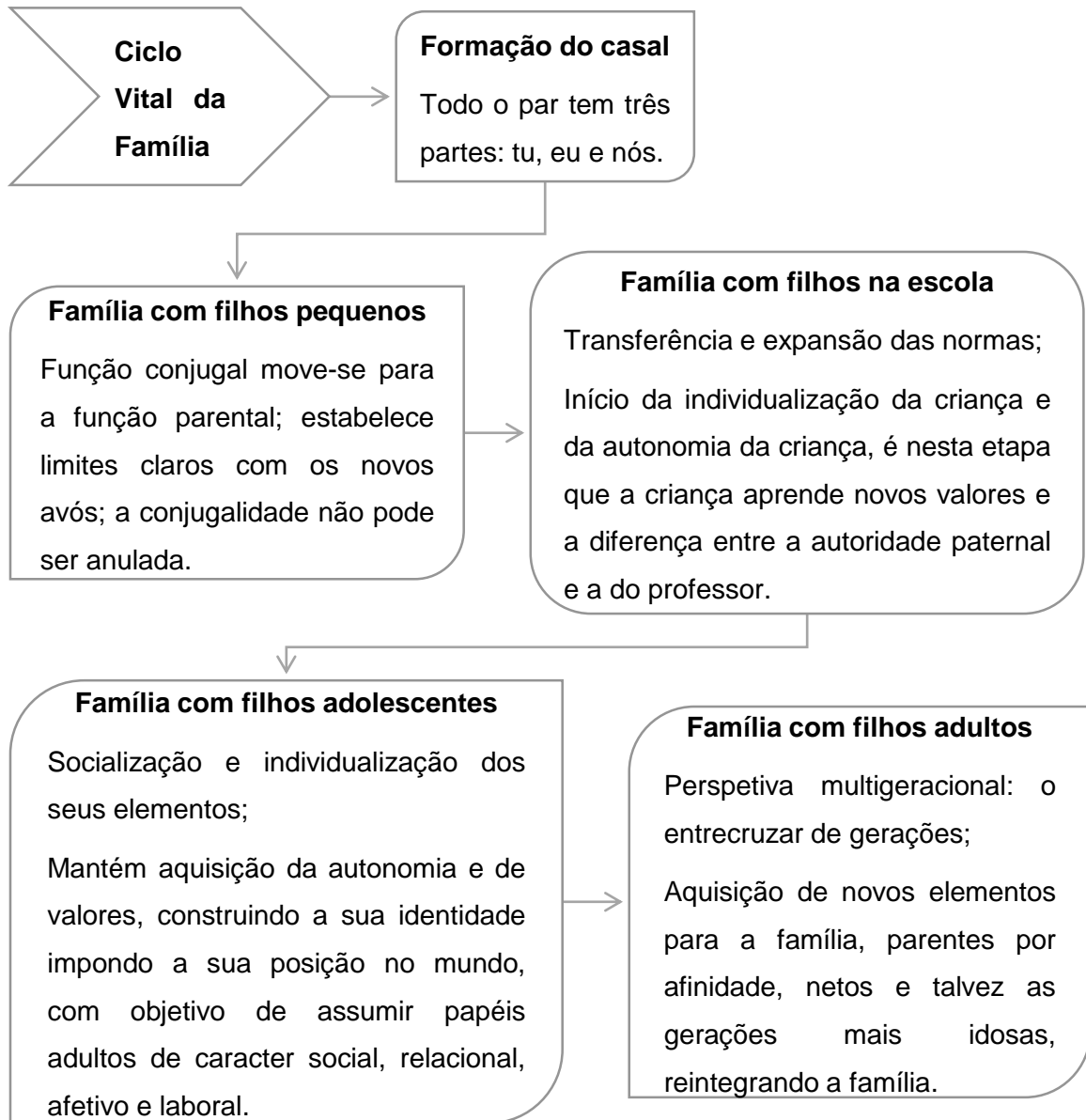
Encontrar uma definição que compreenda todos os seus elementos, é complexo, uma vez que este é um conceito universal existindo em diversas sociedades humanas. Neste contexto, Dias (2011, p. 154) aceita que “é difícil dar uma definição de família que satisfaça a todos, o conceito tem-se alterado ao longo dos tempos, o que dificulta representar todas as dimensões deste grupo social”.

A família é um grupo destinado a dissolver-se quando cumpridas as suas funções na promoção do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo e a perpetuação da espécie (Osório, 1996).

Podemos considerar que a família possui o seu próprio ciclo vital traduzindo-se no nascimento, crescimento, amadurecimento terminando na formação de novas famílias através dos descendentes, encerrando assim o seu ciclo. A psicoterapeuta familiar portuguesa Ana Relvas publicou um livro sobre ciclo da família, no qual vê o desenvolvimento familiar dividido em 5 etapas, como podemos observar no esquema 1.



**Esquema 1 – Ciclo Vital da Família**



Fonte: Adaptado Relvas, 2006

A importância da família é inquestionável devido a determinadas funções que a família tem vindo a desempenhar ao longo dos tempos, ela tem-se tornado cada vez mais, uma das principais responsáveis pela manutenção da espécie e um agente processador das mudanças inerentes à evolução humana. Clements e Roberts e Wright e Leahey (in Black e Jacobs 1996), descrevem as funções da família em cinco áreas principais:

- Função de gerenciamento: estabelecimento de regras e tomada de decisão por um dos membros.

- Função de limite: manutenção clara e diferenciada dos papéis dos indivíduos da família entre gerações e com outros sistemas, devem ser suficientemente flexíveis para permitir a entrada de outros a fim de receber assistência em caso de doença.
- Função de comunicação: comunicação clara e direto permitindo a todos os membros se expressarem em situações de alegria ou conflito, enfatizando um padrão saudável de interação na família.
- Função emocional e de apoio: envolve graus genéricos de afeição e suporte em famílias, na saúde o grau de suporte deve ser compartilhado para que as necessidades de todos os membros sejam comuns de forma a evitar que uma só pessoa se sacrifique continuamente por outra.
- Função de socialização: cada membro tem uma posição identificada com o cumprimento de papéis esperados e com responsabilidades, estando centrada na transmissão da cultura e no comportamento de forma a facilitar a convivência entre membros da família e sociedade.

A família deve constituir-se como parte integrante do processo de cuidados, pelo que os profissionais de saúde, nomeadamente, o enfermeiro deve atender sempre a este princípio. Uma doença repentina e incapacitante exige várias adaptações neste processo de transição, quer por parte do enfermeiro como por parte da pessoa e da família. Como menciona Bolander (1998, p. 399) é “aconselhável que as enfermeiras tenham conhecimentos de alguns quadros teóricos para estudo da família”, são várias as teorias que se debruçam sobre esta temática como a teoria geral dos sistemas, a estruturo-funcionalista e a do desenvolvimento familiar, que são as teorias mais empregadas.

A teoria geral dos sistemas define a família como um sistema aberto, constantemente estimulado pelos estímulos ambientais. É uma unidade dirigida para um objetivo que será a adaptação ao próprio ambiente. Para que esta se concretize, as fronteiras familiares devem estar abertas, permitindo que os membros da família possam interagir e trocar informações com a comunidade (Bolander, 1988).

A teoria dos sistemas é aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias e destaca cinco conceitos fundamentais: um sistema familiar é parte de um suprassistema mais amplo, é também, composto por muitos subsistemas; a família como um todo é maior que a soma das suas partes; a mudança em um membro da família afeta todos os seus membros; a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade; os comportamentos dos membros da família são mais bem entendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular em vez de linear (Wright e Leahey, 2012).

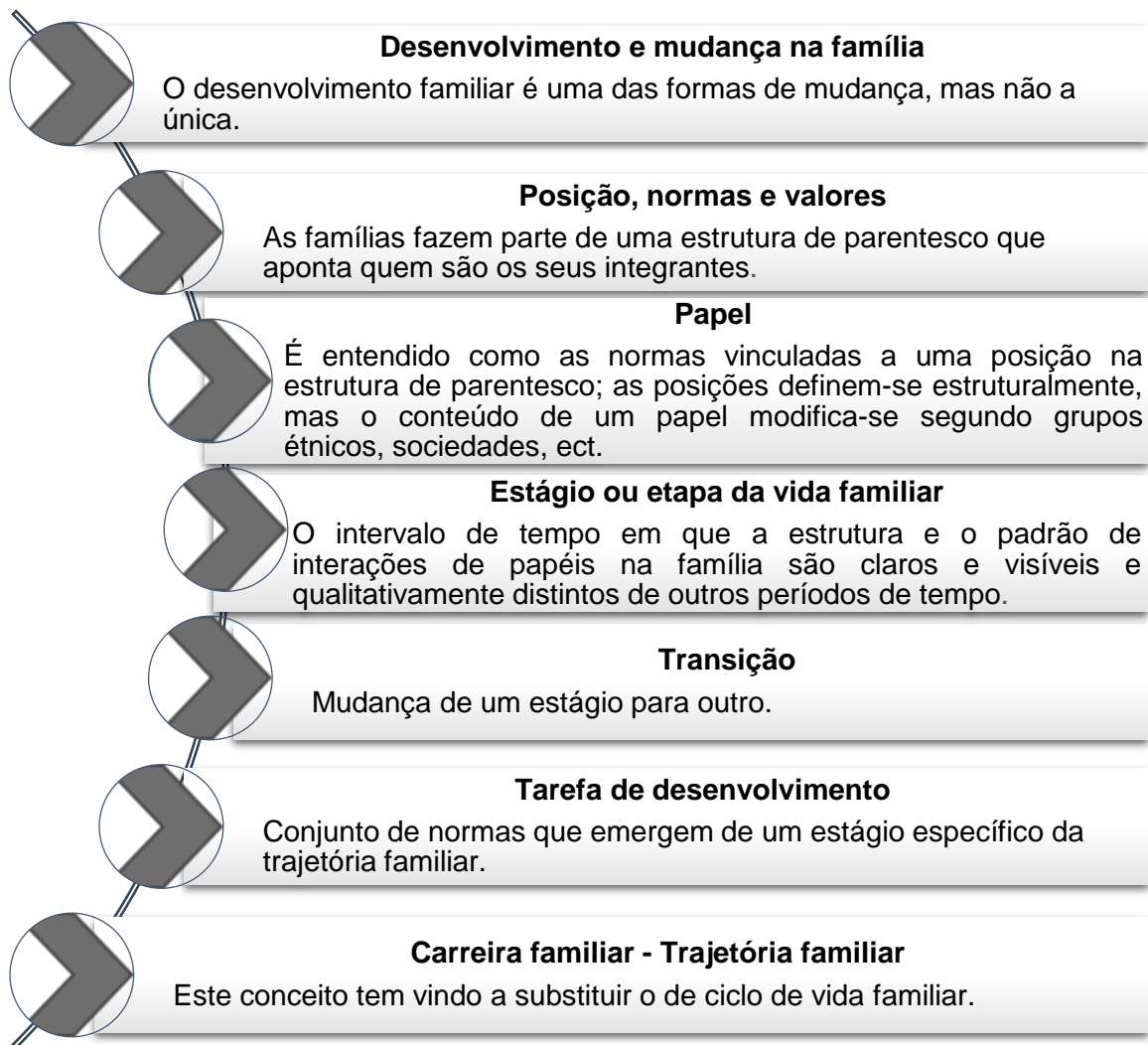
Desta forma, o enfermeiro, ao utilizar esta teoria, vai encarar a família que tem o membro doente como um sistema aberto, em interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde, que reage e se adapta às informações e cuidados que lhe são prestados. Assim, deve procurar minimizar as interações negativas com a família, durante o internamento e, por outro lado, interagir de forma positiva, contribuindo para o equilíbrio do sistema familiar (Bolander, 1998).

A teoria estruturo - funcionalista define “a família como uma instituição da sociedade”, cuja estrutura assenta no conjunto dos seus membros e na “forma pela qual são definidas as suas posições e papéis” e que contribuirá para a manutenção da sociedade através da realização das suas funções, já atrás referidas. De acordo com Bolander (1998, p. 401), “a doença de um membro representará uma ameaça para a manutenção da unidade familiar”, uma vez que irá exigir uma alteração das suas funções, “de forma a ser mantida a unidade familiar se o membro doente não for capaz de desempenhar as atividades habituais incluídas no seu papel”.

A teoria do desenvolvimento “descreve a família ao longo da sua evolução através dos vários períodos do seu próprio ciclo de vida”, quando surge um problema, nomeadamente uma doença, a família tem dificuldades em transitar para a etapa seguinte, alterando o ciclo de vida normal (*ibidem*). Esta teoria tem como pressupostos: os processos de desenvolvimento na família, demonstrando-se importantes na compreensão da unidade familiar; este grupo é afetado por três níveis de análise: a) como grupo-subgrupos por exemplo, marido e mulher, entre irmãos, individual; b) como agregado de famílias, estruturadas por classe social e etnicidade; c) instituição social, com normas e expectativas, o último pressuposto refere-se à família como um grupo semipermeável (Hoffmann [et al.], 2005).

Porém, mediante a mesma autora devemos ter em consideração alguns conceitos abordados pela Teoria de Desenvolvimento da Família, destacando os explicitados no esquema 2.

**Esquema 2 – Principais conceitos abordados pela Teoria de Desenvolvimento da Família**



Fonte: Adaptado Hoffmann [et al.], 2005

Por fim, tendo em consideração a análise do conceito de família sustentada na bibliografia considera-se pertinente definir o conceito de família para o nosso estudo, atendendo aos tempos modernos entendemos que a família pode ser qualquer pessoa de referência que para ele possa ser ou não um membro familiar, desde que se certifique a existência de laços de amizade e de empatia/afetividade para com este, acabando por assumir uma posição de grande importância para a pessoa portadora de doença. A influência da família não é restrita aos membros de uma determinada estrutura doméstica ou a um dado ramo familiar do sistema, é considerado o elemento no qual o indivíduo deposita sentimentos de afetividade, podendo manter uma ligação ainda mais importante do que com a sua própria família (Bishop [et al.], 2013; Saiote, 2010; Carter e McGoldrick, 1995).

Sustentando estas ideias em tudo o que já foi descrito, pode-se agora concluir que é na família que se vai verificar o processo longo de distinção e desenvolvimento individual, que vai evoluindo com as interações entre os seus membros. O ciclo de vida de uma família ocorre como uma série de etapas de desenvolvimento, cada uma com problemas específicos e tarefas a realizar; a transição entre as mesmas constitui momentos de vulnerabilidade e de potencial crescimento. Quando estas etapas são superadas de forma positiva, com a realização dos objetivos pretendidos, o desenvolvimento do indivíduo será saudável. A doença, seja ela de ordem física, psicológica ou social, surge como um desvio da evolução normal (Trigueiros e Santos, 1994).

## **1.2 Processo Saúde - Doença na Família**

A doença de um indivíduo da família é marcada por diversos transtornos na estabilidade familiar, sendo a dimensão destas alterações proporcionais à gravidade da doença (Wright e Leahey, 2012). O facto de recorrer a um serviço de urgência, pode colocar a família perante uma situação de stress, requerendo a mobilização de competências e recursos que até então eram completamente desconhecidas (Ausloos, 2003).

Segundo Wright e Leahey (2012), os profissionais de saúde confrontam-se com as transições do tipo saúde-doença das pessoas onde ocorrem mudanças repentinas. Os enfermeiros têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver a família nos cuidados. Estes devem ter presente conhecimento e competências de modo a avaliar e intervir na família, quando um dos elementos da mesma necessita de cuidados. As intervenções de enfermagem necessárias devem envolver a família e não resultarem apenas em ações fragmentadas onde só o indivíduo importa, uma vez que “a família tem impacto significativo sobre a saúde e bem-estar de cada um dos seus membros” (*ibidem*, p. 1).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) 2016-2019, emite o Parecer Nº 74/2017 relativo à presença da família durante a prestação de cuidados de enfermagem e menciona que ao enfermeiro cabe “o dever de atuar, promovendo a atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (2017, p. 3).

Os cuidados de enfermagem evidenciam-se mais nos indivíduos, contudo é importante reconhecer a resposta familiar perante as necessidades durante a transição de saúde e doença nos seus membros, tendo em consideração que a unidade familiar pode afetar a prestação de cuidados, tratamentos e recuperação dos mesmos (Bolander, 1998).

A doença e a hospitalização constituem um momento de crise, sendo caracterizados por acontecimentos súbitos e inesperados em qualquer altura da vida não havendo forma de controlar. A família continua a ser considerada como o ponto de referência nas situações de crise, de doença e de sofrimento que é reconhecida por organismos internacionais nomeadamente a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO) (Madeiros in Reveles [et al.], 2012; Bolander, 1998).

A crise familiar de acordo com a CIPE (2015, p. 51) é “um desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família”.

Uma situação de doença pode alterar a dinâmica e a estabilidade emocional da família traduzindo-se numa crise emocional com efeitos sobre a saúde na mesma e nos seus membros individuais (Bagagem, 2010). As doenças graves de sintomatologia brusca ou dolorosa, de prognóstico incerto, como as que surgem frequentemente nos Serviço de Urgência, podem desencadear situações de crise. São situações que surgem de forma inesperada e com elevado índice de gravidade, levando a que as respostas habituais dos indivíduos sejam insuficientes ou inadequadas, exigindo alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos (Gameiro, 1999).

Este autor refere algumas estratégias que considera importantes para que o doente desenvolva capacidades para enfrentar a situação, entre as quais “garantir as relações com os familiares, amigos e outros próximos, que possam ajudar na resolução da crise.” Nesta perspetiva, os familiares são importantes como forma de ativar os mecanismos de coping, entendidos como “uma atitude de gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (CIPE, 2015, p. 50).

As teorias de enfermagem continuam a revelar-se de muito interesse no processo dos cuidados dos enfermeiros, quer ao nível dos diferentes ambientes clínicos, nas etapas do ciclo de vida e nos processos de transição.

A teoria de transições de Meleis (2010) defende que o indivíduo e a família vivenciam processos de transição que resultam do desenvolvimento do ciclo vital, de processos de saúde/doença, de âmbito situacional ou organizacional.

O conceito de transição proposta por Meleis (2010, p. 25) define-se como uma

“passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um

fenômeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”.

As transições de saúde/doença “empurram” a família a deslocar-se de um estado de saúde e bem-estar, para uma situação de doença. Deste modo, entende-se que uma situação de doença aguda num indivíduo com necessidade de hospitalização tenha impacto no sistema familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e redistribuição de papéis (*ibidem*).

Segundo Afaf Meleis (2010), os enfermeiros normalmente são os primeiros prestadores de cuidados dos doentes e das famílias que se deparam num processo de transição, por esta razão têm o dever de considerar as mudanças e as imposições que as transições trazem nas vidas dos doentes e famílias. Para se poder alcançar um processo de transição saudável, os enfermeiros, precisam conhecer o crescimento e desenvolvimento do indivíduo e da família, no decorrer do seu ciclo vital, de modo a ser consciente das dificuldades e das adaptações necessárias às novas situações que geram instabilidade. Por fim, os enfermeiros, também, têm a responsabilidade de capacitar quer os doentes quer a família para a transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionais associadas às experiências de saúde e doença.

Em suma, as consequências podem ser diversas quando uma pessoa recorre ao serviço de urgência, ultrapassando o âmbito individual, afetando também a família e a sua dinâmica. Atendendo ao facto deste estudo procurar conhecer as perspetivas dos enfermeiros e dos familiares relativamente à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência, consideramos importante percorrer o conceito e a dinâmica do serviço de urgência, finalizando com o cuidar da pessoa/família num Serviço de Urgência.

## **2. Cuidar no Serviço de Urgência**

Explorado os conceitos de família e processo saúde-doença, neste capítulo vamos centrar-nos no cuidar no serviço de urgência, para o qual se direcciona o estudo.

### **2.1 Do Conceito de Urgência à Dinâmica de um Serviço de Urgência**

Hoje em dia, a palavra “urgência”, utilizada com bastante regularidade nas mais variadas situações, tem vindo a perder o seu significativo numa sociedade onde tudo parece e crer como urgente (Silva 2007).

De acordo com o relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), entende-se por urgência como um processo que requer intervenção de avaliação e possivelmente correção em reduzido espaço de tempo, por emergência entende-se como um processo em que existe risco eminente de perda de vida ou de função orgânica, sendo uma situação que necessita intervenção em curto espaço de tempo (Portugal, 2012).

O conceito de “emergência e urgência médica” está definido no Despacho nº 18459/2006 publicado em Diário da República (DR) Nº 176 de 12 de setembro de 2006 como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (p. 18611).

Na mesma linha de pensamento a Medicaid americana in Campos (2014), define emergência médica como uma condição médica, em que se observam sintomas de gravidade em que a falta de cuidados imediatos pode possivelmente colocar em causa a saúde do doente, comprometendo gravemente a função de órgão ou provocar a disfunção de um órgão ou parte dele.

Deste modo, é importante o conhecimento destes conceitos para a compreensão da dinâmica de um Serviços de Urgência (SU) e da interação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 alusivo às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, “Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (p. 1932).

Vasconcelos e Selow (2016) descrevem que as situações de emergência e urgência são um conjunto de métodos e ações executadas por profissionais treinados e direcionados para a estabilização da situação clínica apresentado pelo doente, para que posteriormente, seja possível a sua recuperação da saúde.

De acordo com o Despacho normativo nº 11/2002, o Serviço de Urgência tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde em todas as situações englobadas nas definições de urgência e emergência, sendo caracterizado como um serviço de ação médica hospitalar, constituído por multiprofissionais e serviços multidisciplinares.

No artigo 5º do Despacho referido anteriormente está expresso a relevância do papel do Serviço de Urgência, referindo que:



“O serviço de urgência deve manter uma relação estreita e claramente definida com o Instituto Nacional de Emergência Médica, com os demais organismos estatais de intervenção em situações de urgência ou emergência e com as estruturas do sistema de prestação de cuidados de saúde e estreita articulação com a estrutura interna de prestação de cuidados intensivos das diversas áreas clínicas do hospital por forma a garantir a continuidade e qualidade de cuidados de elevada diferenciação” (ibidem, p. 1866).

O serviço de urgência tem por objetivo “a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2015, p. 1). A entrada num serviço de urgência representa quase sempre uma experiência desencadeadora de stress para o doente, que decorre do facto da pessoa manifestar um conjunto de sintomas que não são passíveis de ser tratados em casa e que necessitam de uma avaliação ou tratamento especializados, desencadeando um momento de incerteza sobre o tratamento, um momento de dor e de desconforto associado ao estar longe de casa, o perder o controlo sobre todas as funções do dia-a-dia e o perder da privacidade ficando dependente de terceiros, na maioria das vezes a doença não atinge apenas o próprio sujeito que a experiência, mas também a família ou as pessoas significativas (Melo, 2005).

No Despacho nº 10319/2014 é referido que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) teve a necessidade de criar uma rede articulada de serviços de Urgência, estando estas organizadas em três níveis de hierarquização: urgências polivalentes (SUP), urgência médico-cirúrgica (SUMC) e urgência básica (SUB), com o objetivo de haver capacidades diferentes para oferecer resposta a necessidades distintas.

No artigo 3º do Despacho acima referido o serviço de urgência básica (SUB) são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, em que constitui um nível de abordagem de situações de menor gravidade e mais recorrentes de um serviço de urgência (*ibidem*).

O SUB tem a função de iniciar a estabilização de situações urgentes/emergentes de maior dificuldade, quando as mesmas não possam ser transportadas para um nível de cuidado mais diferenciado. Um dos motivos da existência dos SUB é para garantir o acesso a um SU quando existe uma população de uma determinada área territorial que não consegue aceder a um SU superior (SUMC ou SUP) em menos de 60 minutos (*ibidem*).

O SUB possibilita o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações e dispõem dos seguintes recursos mínimos:

Humanos – “dois Médicos em presença física, dois Enfermeiros em presença física, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um Assistente Operacional com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa” (*ibidem*, p. 20673).

Equipamentos – “Além do carro de emergência com o equipamento previsto em Norma da Direção-Geral da Saúde, material para assegurar a via aérea, ventilador portátil, Monitor de Sinais Vitais, com desfibrilhador manual e automático, saturímetro, capnógrafo e marca passo externo, eletrocardiógrafo de 12 derivações, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen), patologia química/química seca e capacidade de medição de gases do sangue e lactatos” (*ibidem*, p. 20673).

O SUB deve ter uma ambulância de suporte imediato de vida (SIV) em que o elemento de enfermagem participe na prestação de cuidados e colabore no transporte do doente (*ibidem*).

No artigo 4º, do Despacho 10319/2014 o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Deve existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB existentes a montante e tem satelizado um SUP, para onde referencia situações específicas.

Deve dispor dos seguintes recursos:

Humanos – “Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos são, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU” (*ibidem*, p. 20673-20674).

Das valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo - Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-hemoterapia, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada), Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, 24 horas) (*ibidem*).

O apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Obstetrícia, Cirurgia Pediatra, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e Unidade de Medicina Intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente) deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referência (*ibidem*).

Nos locais onde exista mais de um SU como por exemplo as grandes cidades estes não são obrigados a ter Medicina Intensiva, tendo o dever de garantir a rentabilização e

centralização de recursos humanos num número inferior de SU, valorizando os de superior nível de responsabilidade (*ibidem*).

O SUMC tem sala de emergência com profissionais de saúde em que têm uma formação específica em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes com necessidade de vigilância permanente. A unidade de Cuidados Intensivos deve prestar apoio ao doente admitido em situação emergente e/ou crítica, através da assistência do médico especialista em medicina intensiva. O SUMC deve ter uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, tem a função de participar na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU e colaborar no seu transporte pré-hospitalar (*ibidem*).

No artigo 5º, emitido no Despacho nº10319/2014, o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência dada a sua especialização científica e tecnológica. Este serviço deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, nomeadamente, ao nível de responsabilidade de SUMC.

A nível de recursos para além dos referentes ao SUMC, estes devem dar resposta às seguintes valências: Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia (com endoscopia), Gastrenterologia (com endoscopia), Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva (*ibidem*).

No entanto, nos grandes centros urbanos onde existe mais do que uma SUP existe a possibilidade de que os cuidados mencionados anteriormente possam ser assegurados por um único Serviço de Urgência. O SUP tal como o SUMC tem uma viatura médica de emergência e reanimação em gestão integrada, em que a equipa, participa no seu transporte pré-hospitalar e na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do Serviço de Urgência (*ibidem*).

A relação com os cuidados de saúde primários também é abordada pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, defendendo esta a necessidade de uma atuação coordenada entre o SU e os cuidados de saúde primários por forma a garantir a qualidade e eficiência dos cuidados prestados (Portugal, 2012).

De acordo com a rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência o serviço de urgência deve ter uma estrutura física organizada, dotada de recursos materiais e humanos aptos de prestar cuidados eficazes, eficientes e equitativos, que permitem tratar de doentes urgentes e emergentes (Portugal, 2001).

A nível da estrutura física e recursos materiais de um Serviço de Urgência este é extremamente variável. Deve incluir, obrigatoriamente, as seguintes áreas: área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, como estão descritas no Despacho nº 10319/2014.

Segundo este Despacho deve ser garantido o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso de SUMC e do SUP, também a bloco operatório. Também devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos, completamente claros e sinalizados, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição clara das atividades que são realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes (*ibidem*).

Dever existir a preocupação de facilitar a presença da família do doente, respeitando a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada. Quando as famílias constatarem que o doente vai permanecer por algum tempo no Serviço de Urgência, vivenciam sensação de descontinuidade e impotência, face ao decurso dos acontecimentos. Esta rutura brusca desencadeia reações emocionais diversas, de sofrimento, dor, medo de perda e medo do desconhecido, ansiedade e desespero. São momentos emocionalmente fortes que desencadeiam comportamentos para os quais os enfermeiros devem estar preparados no sentido de dar o apoio adequado.

O Despacho nº 10319/2014 acrescenta que as áreas de circulação, nomeadamente os corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas.

Segundo o relatório CRRNEU os recursos materiais devem ser utilizados e usados alcançando a máxima rentabilidade e não devem ser vistos só como matéria quantitativa. A gestão do SU deve ser responsável pela manutenção dos recursos materiais existentes e a obtenção de novos recursos justificando a sua pertinência (Portugal, 2012).

Uma vez abordada a descrição da estrutura física e recursos materiais continuamos com a exploração de outros aspetos como os recursos humanos que vão ajudar a criar uma visão mais completa de um serviço de urgência.

Segundo Nunes, (2011, p. 3) os recursos humanos, “são fundamentais nas organizações de saúde e que constituem, verdadeiramente, mais do que um potencial competitivo, um potencial sinérgico de otimização das respostas em saúde”.

No serviço de urgência o exercício profissional exercido requer uma experiência profissional específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas,

tendo em conta as inúmeras patologias, situações clínicas quer de ordem médica, cirúrgico e traumático, com um determinado grau de gravidade e utilizando métodos de triagem, estabilização, avaliação e resolução do problema, exigindo uma comunicação eficaz e interação multidisciplinar e multiprofissional. Os profissionais de saúde que exercem a sua profissão num SU desempenham um papel importante e têm uma enorme responsabilidade, no entanto, muitos deles estão desmotivados, devido ao stress, sobrecarga de trabalho, às condições em que trabalham e pela ausência de estatuto reconhecido (Portugal, 2012).

Segundo o artigo 21º do Despacho 10319/2014, relativo aos recursos humanos e formação os profissionais de saúde que prestam cuidados no SUB, no SUMC e no SUP devem possuir formação específica, tais como: os enfermeiros devem ter formação em suporte avançado de vida. Do mesmo modo, refere que 50% dos enfermeiros da equipa de atendimento devem deter formação em ventilação e controle hemodinâmico, formação em transporte de doentes críticos, formação em vias verdes e formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação do risco e “transmissão de más notícias”. Os enfermeiros devem deter competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

O serviço de urgência, apresenta características totalmente diferentes comparativamente com os outros serviços, é um ambiente onde a dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, é considerado um serviço agitado, imprevisível e particularmente sensível ao despoletar de emoções, gera ansiedade, não só para o doente e os familiares, mas também, para os profissionais de saúde que nele desempenham funções (Machado, 2010; Vasconcelos e Selow, 2016).

## **2.2 Cuidar da Pessoa/Família no Serviço de Urgência**

A enfermagem é considerada como a ciência e arte de cuidar. O enfermeiro é uma pessoa que cuida de outras pessoas, com quem interage, num contexto multidisciplinar. Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada pelos enfermeiros a uma pessoa e aos seus familiares, com vista a ajuda-los na sua situação, utilizando para realizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem (Collière, 1989).

Cuidar de uma pessoa/família num serviço de urgência segundo Regulamento nº 429/2018 relativo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica requer do enfermeiro competências para a execução de determinados cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tais como:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 19362).

Nesta linha de pensamento Patrick (2011, p. 4), define a enfermagem de urgência como a “prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, alterações de saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não-diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções”.

A enfermagem de urgência implica a realização de cuidados urgentes e emergentes a doentes em estado crítico, sendo cada vez mais exigente e rigorosa o que impõe na atualização constante a nível tecnológico, mas também a nível de metodologias de trabalho (Howard e Steinman, 2010).

Segundo os mesmos autores a prática de enfermagem de urgência (2010, p. 5):

“envolve avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. A resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ou família, referenciação adequada, bem como conhecimento das implicações legais”.

Não nos podemos esquecer, que o enfermeiro do serviço de urgência, para além de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, é também responsável pelo apoio e acompanhamento da família (Sá, Botelho e Henriques, 2015).

A prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centralizada no doente e família (Kingsnorth-Hinrichs in Batista [et al.], 2017). Tendo em conta, a complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica num serviço desta natureza, a família é por vezes descuidada, sendo colocadas em segundo plano, porque num contexto de urgência e emergência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam (Fulbrook [et al.], in Batista [et al.], 2017).

No entanto, a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da definição das competências de cuidados gerais atribuídas aos enfermeiros refere que: “o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (2011, p. 5).

No regulamento nº 122/2011 alusivo às competências comuns do Enfermeiro Especialista menciona que o enfermeiro especialista:

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p. 8648).

A prestação de cuidados ao doente crítico está descrita no Regulamento nº 429/2018 como sendo uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Segundo este documento, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica prestar cuidados de enfermagem à pessoa, família/cuidador em situação crítica exigindo a constante procura de observação e colheita organizada de dados com a finalidade de conhecer seguidamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados e de antecipar possíveis complicações de maneira a serem asseguradas uma intervenção correta, eficaz e eficiente em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (*ibidem*, p. 19363).

São competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429/2018, p. 19356):

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

No âmbito da pessoa em situação crítica é também competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais resultantes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, gerir a comunicação interpessoal que fundamenta o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 429/2018, p. 19363).

Por sua vez, Portugal reconhece o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acordo com a Lei nº 33/2009, em que, todo o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada. Entende-se como acompanhante todo aquele que sendo ou não familiar do utente, é por este escolhido para o acompanhar durante o período de permanência no

SU, ou na impossibilidade de o escolher é o seu familiar mais próximo, podendo ser substituído.

Esta Lei estabelece o direito do doente ser acompanhado no serviço de urgência desde a sua admissão até à alta ou internamento por alguém por si definido, sendo que o acompanhante tem direito às informações sobre o estado de saúde do doente, exceto se o doente informar que não deseja a transmissão de dados confidenciais, devendo os serviços estar munidos das condições para que tal aconteça, salvaguardam-se todas as situações em que a presença do acompanhante comprometa a prestação de cuidados.

Da mesma forma, no artigo 105º descrito na Lei nº 156/2015 referente ao Código Deontológico do Enfermeiro, informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, por este motivo o enfermeiro deve assegurar-se que a informação é facultada à família, de acordo com a vontade expressa do indivíduo no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobreponha.

Neste sentido, o direito de acompanhamento, consagrado pela Lei nº 33/2009, não concede apenas um direito à pessoa doente que recorre a um SU, mas pode e deve ser também entendido, com um direito concedido às famílias no sentido de minorar o seu sofrimento.

O que nem sempre acontece, como refere Galinha, Ribeiro e Pinto (2014, p. 161):

“As necessidades experimentadas pelos familiares cuidadores são muitas vezes relegadas para segundo plano já que, em contexto de urgência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam. Assim, os familiares poucas vezes verbalizam as dúvidas na prestação de cuidados, a falta de informação sobre a doença, os seus medos, as suas experiências vividas, a falta de recursos e de apoio emocional. Tudo isto contribui para aumentar os níveis de stresse e ansiedade do familiar no diálogo com os profissionais de saúde”.

As necessidades sentidas pelos acompanhantes em estar com o doente estão relacionadas sobretudo com a necessidade em verificar a existência de interesse dos profissionais de saúde no doente, verificar a prestação de cuidados adequados, saber sobre o estado clínico do doente, ser informado das alterações do estado do doente, ser informado de possíveis transferências, conversar sobre a possibilidade de morte do utente, obter explicações sobre o equipamento a ser usado no doente, conhecer o tratamento que lhe está a ser aplicado, ter conhecimento das opções terapêuticas, se obtêm respostas “sinceras” por parte dos profissionais às suas dúvidas, ter um profissional de referência com quem possa conversar e ter alguém que se preocupe com a saúde dos familiares dos doentes (Pias, 2008).



O papel do enfermeiro apesar de ser importante, dá conforto e alivia o sofrimento do doente e da família. Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades com relação a este convívio com os familiares (Silva, Bocchi e Bousso, 2008).

No entanto, não se pode esquecer que os acompanhantes segundo a Lei nº 33/2009 igualmente têm deveres tais como:

“O acompanhante deve comportar -se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço. No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço de urgência” (p. 4667).

A dificuldade no convívio diário decorre das dificuldades que o acompanhante tem para cumprir as normas do hospital e pela solicitação constante de atendimento e de informações sobre o doente. Para muitos profissionais, a presença do acompanhante implica um aumento de trabalho (Dibai e Cade, 2007).

Outra dificuldade sentida pelos enfermeiros na perspetiva de Lautert, Echer e Unicovsky (1998, p. 120) é “que muitas vezes os enfermeiros vêem o horário de visita como uma intromissão dos acompanhantes e perda de tempo da equipa”.

A relação diária com os acompanhantes pode ser vista pela equipa como estressante e tensa pela falta de formação e informação e porque acreditam que o melhor tipo de atividade de um acompanhante se relaciona com as necessidades básicas do doente (Romão [et al.], 2010).

Segundo Peplau in Silva (2007) a relação da equipa com o acompanhante pode ser de aceitação, expressiva de boa convivência e recetividade, ou de rejeição, onde se releva uma atitude de descuido, negligência e recusa em estabelecer interação com o acompanhante.

O acompanhante também pode ajudar o doente, dando suporte às suas necessidades fundamentais; ou apresentar um comportamento não participativo na atividade de assistência, tornando-se um estorvo para a enfermagem (Silva e Avelar, 2007).

A permanência de familiares acompanhantes junto ao doente tem exigido transformações na prática da equipe de enfermagem. Deste modo, a equipe necessita adaptar-se a esta situação alterando atitudes, posturas para demonstrar recetividade face à presença do acompanhante no quotidiano dos cuidados.

Terminado o enquadramento teórico relativamente à temática deste estudo de investigação, no capítulo seguinte passamos à descrição de percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo.

## **CAPÍTULO II**

---

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Para a elaboração de um estudo de investigação, o primeiro problema que se põe ao investigador é o saber como começar bem o seu trabalho. Posteriormente é necessário fazer um planeamento de como este irá decorrer, de modo a que se definam, logo à partida, quais as atividades que são imprescindíveis de se desenvolver. A seleção da metodologia a utilizar no estudo em causa, é uma etapa crucial, na medida em que determina o sucesso, ou não, da investigação. Entende-se que qualquer metodologia integra uma combinação de métodos e técnicas, que sendo adequados ao problema analisado e aos objetivos traçados, permitem responder às questões a que os estudos se propõem (Quivy e Campenhoudt, 2017).

A fase metodológica é a fase do processo de investigação, ao longo da qual o investigador desenvolve o modo como procedeu para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). Esta fase compreende “(...) os processos, as técnicas, as práticas, utilizadas para recolher, processar e analisar os dados”, ou seja, os procedimentos fundamentais para a estruturação, fundamentação e conclusão do estudo (Ribeiro, 2010, p. 51).

Assim neste capítulo, apresentamos o percurso metodológico deste estudo, desde a problemática aos objetivos, o tipo de estudo, o contexto e os participantes no estudo, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as inerentes questões éticas.

## **1. Da problemática aos objetivos do estudo**

Explicitar a problemática é descrever o percurso pessoal do investigador, é definir os conceitos fundamentais, as ligações existentes entre eles e assim desenhar a estrutura conceptual em que se vai sustentar o desenvolvimento do estudo e dar resposta à questão de partida Quivy e Campenhoudt (2017).

Qualquer estudo no domínio da investigação pressupõe a existência de uma problemática, perspetivando a sua explicação ou melhor compreensão do fenómeno a ela associado. Assim, por problema de investigação entende-se uma situação que necessita de uma solução de um melhoramento ou de uma modificação (Fortin, 2009).

A formulação de um problema de investigação depende, não só da escolha de um tema de investigação, ao qual se reporta a problemática, como também da estruturação de uma questão, “(...) que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma significação” (*ibidem*, p. 48).

Neste sentido, e tendo por base o tema proposto, o problema de investigação traduz-se na seguinte questão: Qual a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de Serviço Urgência?

Esta surge das normas implementadas, pessoais e sobretudo profissionais como Enfermeira que exerce a sua atividade num serviço de urgência.

Segundo Fortin (2009) a argumentação do problema de investigação visa justificar a pertinência do estudo, devendo “(...) assentar numa estrutura lógica, reforçada pela evidência do problema” (*ibidem*, p. 68).

Na atualidade ainda, existem hospitais que proíbem a presença da família dos doentes admitidos no serviço de urgência e, outros, em que esse acompanhamento é autorizado, variando, no entanto, as condições em que tal é permitido. Prevalece a conduta de não permitir a presença de “estranhos” por considerarem poder “atrapalhar” o atendimento (Perlini e Pilatto, 2008).

Porém, surgiram alterações neste âmbito com a publicação da Lei nº 33/2009 que concede o direito de acompanhamento aos utentes dos serviços de urgência do SNS. Assim, o artigo 2º, na alínea 1 refere que “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência, tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (p. 4467).

Para alguns autores, tais como Pinho e Kantorski (2004), as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalhar com as famílias, o que provoca sofrimento e contraria a recomendada abordagem holística. A inadequada estrutura física, como a falta de espaço, as instalações desapropriadas à realidade, a sobrelotação dos serviços de urgência é um problema dos SU para receber os doentes quanto mais para acolher os familiares.

A falta ou a inadequação das condições físicas, são uma realidade na maioria dos hospitais em Portugal, contudo “não nos podemos refugiar eternamente atrás dos meios que, demasiadas vezes, servem de álibi para não imaginarmos caminhos de evolução concretos e inovadores” (Hesbeen, 2000, p. 6).

Naturalmente que a permanência da presença da família nos SU pode interferir com o normal funcionamento de um serviço de urgência, repercutindo-se a nível dos cuidados. Para os profissionais de saúde, ocorrem mudanças que têm que ser consideradas no processo do cuidar, nomeadamente nos domínios ético e relacional. A ansiedade, o medo, o ambiente considerado por muitos familiares complexo, imprevisível, caótico e despersonalizado devem constituir focos de atenção por parte dos profissionais de Enfermagem, para mais tarde desenvolver junto da família.

Previamente, cuidar de doentes na presença da família acontecia de forma descontinuada, de acordo com as características particulares de agir de cada profissional. Não estando contemplado na lei, não existia o grau de obrigatoriedade, o que facilitava a “expulsão” do acompanhante do SU sempre que consideravam oportuno. Contudo, na atualidade, cuidar de pessoas na presença da família, passou a ser uma realidade no quotidiano dos profissionais que exercem a sua atividade no SU.

É neste contexto que surge o estudo com a questão anteriormente referida e que tem como objetivo geral:

- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros e da família relativamente à presença junto do doente num contexto de Serviço de Urgência.

Tendo em vista a consecução do objetivo supramencionado, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o significado atribuído à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência;
- Identificar os benefícios atribuídos à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência;
- Identificar os aspetos desfavoráveis à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência.

Face à problemática e aos objetivos delineados para o estudo, foi traçado o desenho metodológico, adequado à sua concretização, pelo que, surge aprofundar o tipo de estudo.

## **2. Tipo de Estudo**

Tendo em vista os objetivos traçados, optamos por um estudo estruturado numa abordagem qualitativa e de carácter exploratório e descritivo.

A investigação qualitativa é um exemplo dominante na investigação em saúde, “centra-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores” (Sousa e Baptista, 2014, p. 56). Os métodos de pesquisa qualitativa reportam-se à pesquisa sobre: a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, processos de pensamento, emoções e sentimentos, podendo ser “(...) usados para obter detalhes intrincados sobre fenómenos (...)” que através de outros métodos de pesquisa são difíceis de extrair (Strauss e Corbin, 2008, p. 24). Esta metodologia tem como grande

objetivo, compreender o significado dos fenómenos torna a perspetiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde os mesmos ocorrem, permitindo considerar a complexidade do estudo (Ribeiro, 2010).

A investigação qualitativa envolve proximidade. Ao utilizar este método, o investigador ambiciona uma perceção mais aprofundada do fenómeno em estudo, do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos, sem controlar variáveis, pois os objetivos são descrever e interpretar e não avaliar (Fortin, 2009). Corroborando desta opinião, Ribeiro (2010) refere que a palavra “qualitativa” destaca os processos e significados que não são apreendidos rigorosamente em termos de quantidade, intensidade ou frequência.

Em síntese, o paradigma qualitativo é o mais adequado para o nosso estudo, atendendo que não pretendemos manipular variáveis ou descobrir relações de causa/efeito, mas sim compreender o fenómeno em análise de uma forma mais aprofundada e completa a partir do ponto de vista dos participantes, ou seja, dos enfermeiros que trabalham num serviço urgência e da família presente junto do doente neste mesmo serviço.

Trata-se de um estudo de natureza exploratório descritivo, na medida em que este fenómeno em estudo ainda carece de ser mais explorado. Este utiliza-se quando a literatura revela pouca informação acerca do fenómeno e tem como objetivo obter um maior conhecimento (Vilelas, 2009). O seu principal objetivo é descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo (Fortin, 2009).

Para esta autora, o conceito de estudo exploratório, constitui um passo inicial de um processo de pesquisa, tendo como finalidade: a aproximação do investigador com o fenómeno a investigar de forma a obter uma nova perceção e descobrir novos ideais.

Em suma, a presente investigação integra-se num paradigma naturalista, sendo um estudo qualitativo, com o propósito exploratório e descritivo, na medida em que embora a presença de acompanhantes num serviço de urgência seja uma questão muito debatida e defendida com o clínico/ equipa multidisciplinar, só recentemente foi convertido em termos legais.

### **3. O Contexto e os Participantes no estudo**

Neste ponto procedemos à apresentação dos aspetos inerentes à seleção e caracterização do contexto, bem como dos participantes do estudo.

### 3.1 O Contexto

O local eleito para a realização do estudo foi um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um hospital da região norte do país.

A seleção deste serviço de urgência é consequente ao facto de a investigadora desenvolver a sua atividade profissional e desta forma, permitir uma maior facilidade no acesso à recolha de dados e por outro lado pela oportunidade de obter contributos para uma melhor prestação de cuidados no mesmo contexto.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2001, p. 8),

“Os serviços de urgência médico-cirúrgica, são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência integrado na rede hospitalar urgência/emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital”.

Os hospitais com SUMC devem dispor de diversas valências e “estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (hospital com urgência polivalente que será o seu hospital de referência), com os de mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (com urgência básica)” (*ibidem*, p. 8).

O doente que recorre ao SU em estudo, pode dirigir-se por sua iniciativa, por recomendação de outra pessoa, por orientação do Centro Orientação Doentes Urgentes (112, INEM, Saúde 24), consultas externas de especialidade do próprio hospital, transferência inter-hospitalar, centros de saúde ou clínicas privadas.

O Serviço de Urgência em questão é constituído por 2 Serviços de Urgência Básica e 1 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, cuja dinâmica procura dar resposta ao estipulado no Despacho n.º 10319/2014 (Unidade Local Saúde Alto Minho (ULSAM), 2014).

Este encontra-se subdividido em Urgência Geral, Urgência Obstétrica / Ginecológica e Urgência Pediátrica. Sublinhe-se que a Urgência Pediátrica partilha parcialmente o espaço físico da Urgência Geral, nomeadamente nos Serviços Administrativos, Salas de Triagem de Manchester e Sala de Trauma (*ibidem*).

Através da consulta do plano de atividades para o ano 2014 verificou-se que existe aumento do número de episódios, aproximado dos quatro pontos percentuais e marcando a procura atípica, quiçá cíclica, destes serviços. Durante o exercício de 2014 no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica desta instituição, na Urgência Geral aconteceram 67.509 episódios de urgência, o que espelhou um aumento relativamente aos anos anteriores. Todos os níveis de triagem aumentaram, sendo que as cores amarela e verde

representam 85,41% dos episódios respetivamente com 49,88% e 35,52% dos episódios (*ibidem*).

A média diária de atendimentos no Serviço de Urgência Geral, para este período foi de 185 e o tempo de permanência para resolução da situação problema, cifrou-se nas 4:28h. Os doentes triados com cor verde continuam a ter uma dimensão expressiva. O peso absoluto/relativo desta cor de triagem na Urgência Geral foi de 21.872 (32,40%), registando um aumento de 2.566 (13,29%) de utentes face aos anos anteriores. A média de idades dos doentes atendidos na Urgência Geral cifrou-se nos 55,04 anos, sendo que 64,28% dos utentes se situam no intervalo compreendido entre os 34 e os 76 anos de idade com uma média de 21,39 anos (*ibidem*).

Relativamente à procura deste serviço, esta é particularmente incidente no período da manhã. No que respeita à procura por dia de semana, esta incidiu sobretudo na Segunda-Feira com 11.386 (16,87%) do total dos doentes observados (*ibidem*).

A equipa de enfermagem é heterogénea, composta por 50 elementos, dezasseis dos quais especialistas em enfermagem, na sua maioria especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (12 elementos), três especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um em Enfermagem Saúde Materna. Conta ainda com uma enfermeira que apoia na gestão do serviço especialista em Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro chefe especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Relativamente ao género maioritariamente (80%) são do género feminino (80%) e 20% do género masculino.

A metodologia de trabalho assenta no método individual, cada elemento da equipa durante um turno, está designado a uma determinada área de trabalho, devendo existir uma rotatividade pelas áreas de trabalho.

O SUMC em questão relativamente à presença da família rege-se pela Lei nº 33/2009, em que o doente tem o direito de ter um acompanhante por si indicado. Segundo a lei anteriormente referida existem limites ao direito do acompanhamento, assim como assistir ou acompanhar intervenções cirúrgicas, exames e tratamentos, os quais também são cumpridos no SUMC selecionado. Em casos e momentos excecionais quando as condições do serviço e as condições de trabalho não permitem a presença do elevado número de acompanhantes no SU, o acompanhante pode ser convidado a esperar na sala de espera (à entrada do SU).



### 3.2 Os Participantes

A seleção dos participantes, constitui uma etapa relevante no processo de pesquisa. São eles que fornecem toda a informação que constitui a base da investigação, que por sua vez dá resposta à pergunta de partida, permitindo assim alcançar os objetivos definidos.

Para Almeida e Freire (2007, p. 113) a população é “(...) o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”. Segundo Hulley [et al.] (2003, p. 46), “uma população é um conjunto completo de pessoas que apresentam determinado conjunto de características em comum”.

Ainda segundo este autor, a população alvo é aquela sobre a qual o investigador desenvolve o seu estudo e identifica características comuns que se relacionem com o fenómeno estudado e para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação, obtidos a partir de uma amostra.

Esta seleção, define-se como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma, os quais são definidos por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo (Fortin, 2009).

No presente estudo a população será constituída pelos enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência de um Hospital da Região Norte e pelos familiares que estão presentes no mesmo local e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Para a seleção dos elementos da amostra recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental e intencional. Tal como refere Ribeiro (2010) a amostra acidental é formada por indivíduos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, no momento preciso. Segundo Polit e Hungler (2004, p. 229) a amostragem intencional é quando o investigador “seleciona os sujeitos tidos como características da população em questão”.

Deste modo, os participantes neste estudo foram selecionados de forma deliberada, recorrendo à amostragem intencional, já que nos interessa selecionar aqueles que vivenciaram o fenómeno em estudo e que tenham capacidades de partilhar ou exteriorizar essas vivências, ou seja, buscamos informantes privilegiados. Assim, para elegermos os participantes foi importante atender a critérios de elegibilidade.

Relativamente aos enfermeiros os critérios de inclusão ou de elegibilidade é ser enfermeiro a prestar cuidados num Serviço de Urgência de um Hospital da Região Norte, exercer atividade profissional por um período igual ou superior a 2 anos e estarem dispostos a colaborar no estudo.

Relativamente aos participantes familiares estes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ser familiar de um doente internado num Serviço de Urgência de um Hospital da Região Norte, ter mais 18 anos de idade e aceitar participar no estudo.

Relativamente ao número de participantes Fortin (2009), refere que pode variar entre 6 e 10, podendo ser maior de acordo com a complexidade do fenómeno em estudo.

De acordo com esta autora não existem critérios ou regras estabelecidas face ao número de participantes, sendo normalmente definido em função da finalidade da pesquisa e acrescentam que a saturação de dados é o princípio orientador.

Corroborando da mesma opinião, Strauss e Corbin (2008, p. 208) referem que “(...) a recolha de dados continua até que todas as categorias estejam saturadas; ou seja, não surja nenhum dado novo ou importante e as categorias estão bem desenvolvidas em termos de propriedades e de dimensões”. Então de acordo com os autores supracitados, o número de participantes num estudo é condicionado pela riqueza de informação que se vai recolhendo e pela saturação da informação, isto é, o momento em que o investigador se apercebe que já não apreende nada de novo.

Neste estudo, participaram oito enfermeiros e oito familiares cujas características sociodemográficas e profissionais se encontram expressas na Tabela 1 e Tabela 2.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros participantes

<b>Código da Entrevista</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação Académica</b>	<b>Experiência Profissional</b>	<b>Experiência no SU</b>
<b>E1</b>	♀	34	Licenciatura Pós-graduação	11	2
<b>E2</b>	♀	53	Licenciatura Especialidade: Reabilitação	21	17
<b>E3</b>	♂	54	Licenciatura	30	13
<b>E4</b>	♀	33	Licenciatura Especialidade: Médico-Cirúrgica	9	9
<b>E5</b>	♀	36	Licenciatura	14	9
<b>E6</b>	♂	39	Licenciatura	15	15
<b>E7</b>	♀	44	Licenciatura Especialidade: Médico-Cirúrgica	21	19
<b>E8</b>	♀	36	Licenciatura	13	8

Assim, relativamente aos dados sociodemográficos e profissional, dos oito enfermeiros que constituem os participantes no estudo, seis são do género feminino e dois do género masculino. A idade dos participantes é heterogénea, estando as mesmas compreendidos entre os 33 e 54 anos, encontrando-se a média de idades nos 41,86 anos.

No que concerne à formação académica, temos quatro elementos apenas com a licenciatura em enfermagem e os restantes três possuem uma das especialidades de enfermagem (dois em enfermagem médico-cirúrgica e um em enfermagem de reabilitação) e outro elemento possui uma pós-graduação na área da enfermagem (pós-graduação em enfermagem de emergência e doente crítico). Um dos participantes está a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, situa-se entre os nove e trinta anos, perfazendo uma média aproximada de 17 anos. Face às características do estudo, consideramos também importante saber qual o número de anos de experiência profissional num serviço de urgência, tendo-se verificado que dos oito elementos, um possui menos de cinco anos de experiência e os restantes sete possuem entre 6 e 20 anos de experiência no serviço de urgência, sendo estes divididos quase de uma forma igual (três participantes possui entre 6-10 anos, dois entre 11-15 anos e dois entre 16-20 anos), o que perfaz uma média aproximada de 12 anos. De seguida expomos os dados sociodemográficos e profissional, dos oito familiares que aceitaram participar neste estudo (tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica e profissional dos familiares participantes.

<b>Código da Entrevista</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Habilitações Académicas</b>	<b>Atividade Profissional</b>	<b>Grau de Parentesco</b>	<b>Proveniência</b>
<b>F1</b>	♀	49	6º ano	Serviços gerais Instituição de deficiente mental	Cônjuge	Cidade
<b>F2</b>	♂	36	6º ano	Ajudante Motorista	Filho	Meio rural
<b>F3</b>	♀	59	9º ano	Auxiliar de Lar da 3º idade	Mãe	Meio rural
<b>F4</b>	♀	60	4º ano	Reformada	Cônjuge	Meio rural
<b>F5</b>	♀	40	6º ano	Doméstica	Filha	Meio rural
<b>F6</b>	♀	49	9º ano	Auxiliar de Lar da 3º idade	Filha	Cidade
<b>F7</b>	♀	52	9º ano	Auxiliar de Lar da 3º idade	Mãe	Meio rural
<b>F8</b>	♀	46	Técnico Superior	Câmara Municipal	Filha	Meio rural

Conforme se pode observar na Tabela 2, constatamos que dos oito elementos que compõem a amostra, sete elementos são do género feminino, e um elemento é do género masculino.

A idade oscila entre os 36 e 60 anos, sendo que predomina a faixa etária dos 40 anos, situando-se a média de idades nos 48,86 anos.

Relativamente às habilitações académicas constatamos que mais de metade dos familiares têm entre o 6º e 9º ano de escolaridade, apenas um dos participantes é detentor de um curso técnico superior. A atividade profissional dos oito entrevistados é diversificada.

No que diz respeito ao grau de parentesco verificamos que quatro dos sujeitos entrevistados são filhos/as do doente que se encontra no SU, dois são cônjuges e dois são mãe.

Para concluir os familiares que participaram no estudo são provenientes sobretudo do meio rural, apenas dois são provenientes da cidade.

#### **4. Procedimentos de Recolha de Dados**

Tal como a seleção dos participantes, a recolha de dados constitui também, um dos procedimentos importantes no decorrer de uma investigação. Na investigação qualitativa, esta pode ser efetuada através de diversos instrumentos, consoante o tipo de pesquisa que se pretende desenvolver. Cabe ao investigador selecionar a estratégia que melhor se ajusta aos objetivos do estudo e às questões de investigação formuladas.

Em função dos objetivos delimitados para este estudo, considerou-se que o método mais adequado para a recolha de dados seria a entrevista. De acordo com Fortin, (2009, p. 375) “A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas sendo sobretudo utilizada nos estudos exploratórios”.

Os métodos da entrevista, segundo Quivy e Champenhoudt, (2017, p. 191) “distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais da comunicação e de interação humana”. Também para Fortin (2009) e seguindo a mesma linha de pensamento, a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação. Polit e Hungler (2004), simplificam, quando afirmam que se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, o meio mais direto de se obter tal informação é perguntar-lhes a respeito.

Fortin (2009, p. 379) aponta como principais vantagens das entrevistas, o facto de permitir o contacto direto com a experiência pessoal das pessoas, uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção e uma taxa de resposta elevada, bem como a obtenção de respostas detalhadas. Como inconvenientes refere o tempo e a dificuldade na codificação e análise dos dados.

Após tomar conhecimento e refletir sobre as vantagens e desvantagens da entrevista, os diferentes tipos disponíveis, consideramos que a melhor forma de aceder à exteriorização de experiências, vivências e sentimentos, relativamente à temática em estudo é a entrevista semiestruturada. Para o efeito elaboramos um guião da entrevista (**Apêndice 1**) a partir dos objetivos do estudo e da pesquisa bibliográfica.

Segundo Quivy e Champenhoudt (2017), o guião de uma entrevista semiestruturada é o seu suporte, devendo levar a pessoa interrogada a exprimir-se de forma muito livre, acerca dos temas sugeridos por um número restrito de perguntas relativamente amplas, de forma a deixar um campo aberto a respostas diferentes daquelas que o investigador poderia prever.

O guião da entrevista foi submetido a um pré-teste de forma a validar a pertinência e a compreensão das questões. Foi efetuado a dois participantes (um enfermeiro e um familiar) que não participaram no estudo, embora não tenha sido necessária qualquer alteração ao mesmo, tendo sido mantida a versão inicial.

As entrevistas foram realizadas, após autorização da Comissão de Ética e de prévio contacto com o enfermeiro chefe do serviço com o intuito de delinear a melhor estratégia e local para as efetuar. Decorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2018, conforme as disponibilidades dos participantes. Após autorizações destas as entrevistas foram gravadas para facilitar posteriormente a análise e tratamento dos dados, de modo a não se perder nenhuma informação.

## **5. Procedimentos de Análise de Dados**

Segundo Streubert e Carpenter (2002, p. 69), “o propósito da análise de dados é preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo”.

A análise de dados foi efetuada através da técnica de Análise de Conteúdo, seguindo os pressupostos de Laurence Bardin. Segundo esta autora (2018, p. 44), a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise de conteúdo foi realizada através de diversas operações que visaram principalmente, assegurar a fiabilidade e a validade do estudo e que de acordo com a autora supracitada são quatro: a organização da análise, a codificação, a categorização e a interferência.

A organização da análise, segundo Bardin (2018, p. 121) está organizada em três fases:

“1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação”.

A primeira fase tem como objetivo organizar as primeiras ideias de forma a delinear um plano inicial, que poderá sofrer várias alterações ao longo da investigação.

Para se realizar esta etapa, houve a necessidade de se transcrever na íntegra as entrevistas tendo em conta as palavras, mas também o sentido da mesma, de modo a não enviesar o significado do conteúdo e permitir assim a passagem para a segunda fase, ou seja, a exploração do material.

A fase da exploração do material “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração (...)” (*ibidem*, p. 127).

Nesta fase identificou-se as várias unidades de codificação – unidades de registo e unidades de contexto, simplificando os dados para uma melhor compreensão do conteúdo das respostas.

Este foi o passo para se passar à última fase da metodologia desenvolvida por Bardin (2018), ou seja, o tratamento dos dados obtidos, em que se pretendeu dar um significado às unidades de registo e de contexto.

A fase do tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consiste em tratar os resultados em bruto de modo a serem significativos e válidos. Com resultados significativos e fiéis, podem-se propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou a descobertas inesperadas (*ibidem*).

Na fase de codificação Bardin (2018, p. 129) refere que: “Tratar o material é codificá-lo”.

A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, transformação esta que vai permitir atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão e que é suscetível de esclarecer sobre as características do texto, ou seja, permite uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (*ibidem*).

Segundo o mesmo autor, a organização da codificação compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); classificação e agregação (escolha das categorias) (*ibidem*).

Dois conceitos importantes em análise de conteúdo são assim, unidade de registo e unidade de contexto.

A unidade de registo segundo esta autora é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.

A unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (*ibidem*, p. 133).

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se em redor de um processo de categorização. Este processo é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento segundo o género (analogia). As categorias são rubricas ou classes que reúnem unidades de registo sob um título genérico, agrupamento esse, realizado em função de características comuns destes elementos (*ibidem*).

O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas) em que o sistema de categorias não foi fornecido à priori, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos à medida que vão sendo encontrados. Este é, segundo Bardin (2018), o procedimento por “acervo”.

A quarta e última fase deste procedimento, a inferência, corresponde à dedução de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. A inferência é considerada como procedimento intermédio que permite de uma forma explícita e controlada passar da fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento), e à interpretação (significação concedida a estas características).

Preconizados todos estes passos da análise de conteúdo assomaram um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram expressas num quadro síntese onde também constam as respetivas unidades de registo (**Apêndice 3**).

## 6. Aspetos Éticos

Qualquer ação humana pressupõe que a pessoa que a realiza, tenha consciência das implicações éticas que daí poderão advir. A investigação não é exceção, e o investigador que a concretiza deve consciencializar-se que, qualquer investigação efetuada junto dos seres humanos deve ser dirigida no respeito dos direitos da pessoa (Fortin, 2009), levantando questões morais e éticas, que requerem uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos.

Segundo Lo in Hulley (2003, p. 243 e 244) as pesquisas com seres humanos devem respeitar três princípios éticos:

“O princípio do respeito à pessoa exige que os investigadores obtenham informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade; (...) o princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios; (...) e o princípio da justiça requer que os benefícios e os ónus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa (...) exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa”.

Perante estes princípios na realização deste trabalho de investigação, procuramos nunca descuidar os princípios éticos que devem acompanhar todo e qualquer processo de investigação. De forma a cumpri-los todos os intervenientes foram convidados a participar no estudo e informados acerca dos objetivos e do procedimento da investigação, da garantia do anonimato, da confidencialidade. De modo a assegurar a confidencialidade de toda a informação recolhida, foi explicado aos participantes que em nenhuma fase deste estudo estes seriam identificados, dado que a cada entrevista foi atribuído um código. Ficou devidamente expresso que toda e qualquer informação passível de identificar os participantes seria omissa. Foi ainda, salientado que a participação nesta investigação é livre, havendo a possibilidade de não participar ou desistir em qualquer altura, sem terem qualquer tipo de repressão.

Deste modo a recolha de dados foi realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participação na investigação (**Apêndice 2**), como previsto pela Declaração de Helsínquia. Esta visa garantir o cumprimento das normas éticas da investigação clínica, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, salvaguardar os interesses do participante e a reputação da instituição em que é realizado o estudo.

As entrevistas foram realizadas com recurso à gravação de voz em suporte digital, após autorização de todos os participantes, a sua utilização foi realizada apenas com o



objetivo a posterior transcrição do conteúdo, e será permanentemente destruído após a conclusão do presente estudo.

Inicialmente foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao Conselho de Administração da instituição selecionada, com a indicação do tema e dos objetivos do estudo assim como o método de recolha de dados e quais os participantes, que por sua vez o encaminhou para a comissão de ética que emitiu parecer favorável à realização do mesmo (**Anexo 1**).

Fundamentadas as nossas decisões metodológicas e descrito o modo como planeamos e realizámos as várias fases do processo de investigação e os procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados, partimos para o capítulo seguinte onde iremos apresentar e interpretar os resultados obtidos.

### **CAPÍTULO III**

---

#### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS**

Neste capítulo, pretendemos apresentar e analisar os dados obtidos através da realização das entrevistas aos participantes do estudo.

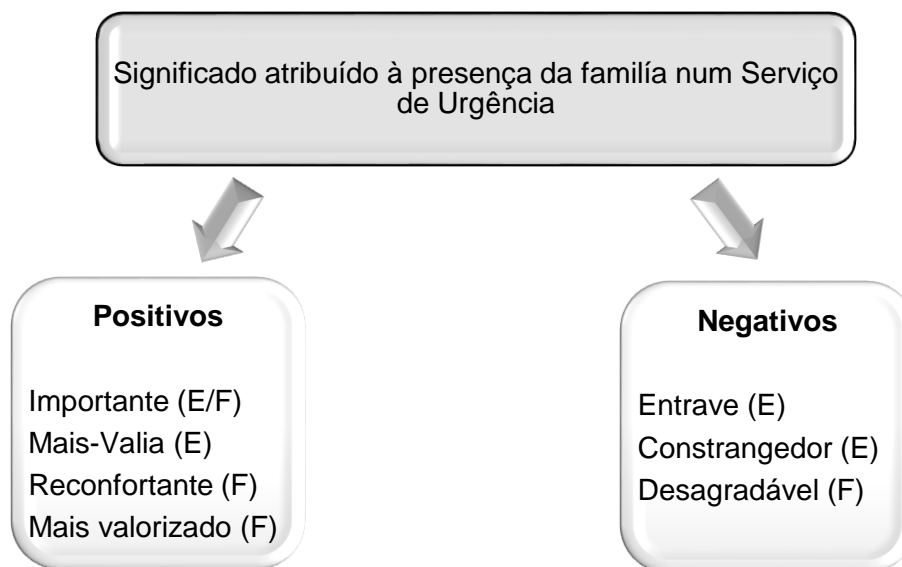
Dos discursos dos enfermeiros (E) e familiares (F) emergiram um conjunto de dados que foram agrupados em quatro áreas temáticas: significado atribuído à presença da família num serviço de urgência; benefícios atribuídos à presença da família; aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da família e por último, sugestões para favorecer a presença da família num serviço de urgência.

A apresentação assim como a descrição e consequente análise será efetuada de acordo com as áreas temáticas, cujas categorias e subcategorias, são expressas em figuras para permitir uma melhor compreensão e visualização dos dados obtidos.

### 1. Significado atribuído à presença da família num Serviço de Urgência

Foram diversos os significados atribuídos pelos participantes relativamente à presença da família num serviço de urgência, e que agrupamos em duas categorias: positivos e negativos como se pode observar na figura 1.

**Figura 1** – Significado atribuído à presença da família num Serviço de Urgência – categorias e subcategorias



No que concerne aos **aspetos positivos** é referenciado por seis dos participantes de ambos os grupos que é *importante* a presença da família, como está expresso nas seguintes afirmações:

*“Eu sou a favor da presença dos familiares significativos relativamente ao doente no serviço de urgência (...).” E1*

*“O acompanhamento dos doentes é importante (...).” E3*

*“(...) o facto de cada doente poder ter um familiar ao seu lado já é muito bom (...) pessoalmente gosto de ter os familiares à “beirinha” do doente (...) acho que é bom para as três partes doente, familiar e profissional (...).” E4*

*“Para mim significa muito estar a acompanhar (...) quando estão sozinhos o que eu penso é como se fosse um abandono (...).” F1*

*“E para o meu marido é muito importante que eu esteja com ele.” F4*

*“Para mim o que tem importância é que saia daqui com a sensação que a minha mãe neste caso específico foi bem atendida, bem diagnosticada e que fique bem.” F8*

Os enfermeiros participantes referem também que a presença da família é uma *mais-valia*:

*“(...) a família é uma mais-valia, inclui-la e estar presente (...).” E2*

*“(...) se nós incluirmos a família e explicar-lhes tudo direitinho, acabam sempre de ser um aliado.” E4*

*“(...) para o utente a presença do familiar muitas das vezes é uma mais valia (...).” E6*

A presença da família é *“(...) uma mais-valia e neste momento (...) e faz todo o sentido.” E7*

*“Os familiares na urgência são uma mais-valia na colheita de informação (...) na prestação de cuidados e no auxílio do familiar (...).” E8*

Constatamos ainda que para a maioria dos familiares é *reconfortante* estar junto do doente:

*“(...) estou a acompanha-lo e estou a gostar (...).” F1*

*“(...) uma coisa boa (...).” F2*

*“O poder estar com ela já é uma coisa boa, deixar-me entrar para estar com ela (...).” F3*

*“Para o doente é muito bom o familiar poder estar (...).” F3*

*“Está a ser bom, estou sempre ao lado dele, sou uma presença (...) é muito bom.” F5*

*“O poder estar cá dentro é bom, essa parte eu gostei, eu achei que ia chegar aqui e não ia poder entrar (...) dá sempre um bocado de apoio (...).” F7*

*“(...) estar cá dentro, para quem acompanha é bom porque podemos visualizar e acompanhar o que se está a passar, e também porque apoia o doente (...) para o familiar também é reconfortante (...).” F8*

Os familiares manifestaram ainda que atualmente é *mais valorizado* o facto de estarem presentes:

*“(...) agora dão mais valor ao acompanhamento, acho que há uns anos atrás não davam esse valor. (...) não eram tão eficazes como agora.” F1*

*“Antigamente também só se podia acompanhar as crianças os menores, eu sou contra acho que seja novo de meio idade acho que toda a gente deve ter uma oportunidade de ter uma pessoa por perto.” F1*

Por outro lado, os participantes mencionaram **aspetos negativos** relacionados com a presença da família, tais como: *entrave* e *constrangedor* na opinião dos enfermeiros e *desagradável* para os familiares como se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) são um entrave (...).” E2*

*“(...) não facilitam... estorvam (...).” E2*

*“(...) muitas vezes atrapalham o nosso trabalho (...).” E5*

*“(...) se não agirem corretamente são um estorvo.” E6*

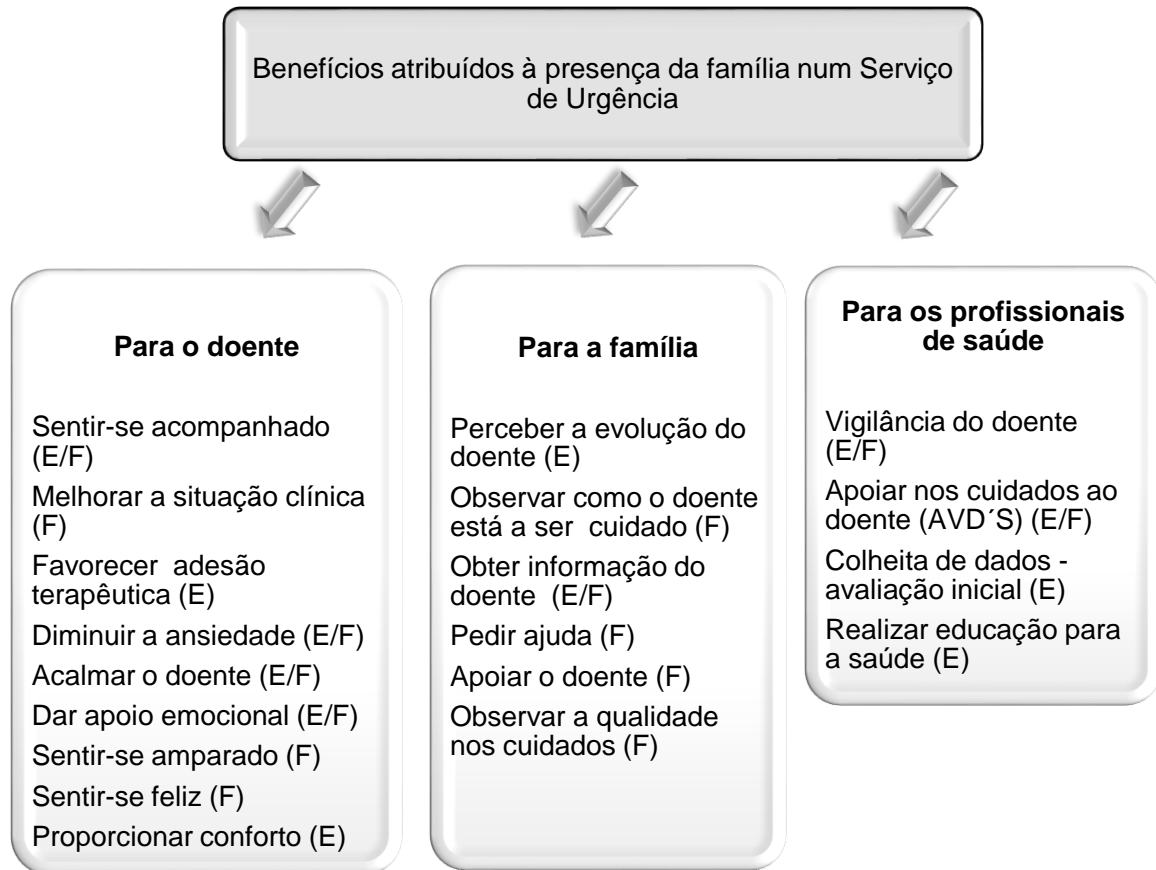
*“(...) em vez de serem facilitadores muitas vezes são constrangedoras (...).” E2*

*“Acho que nunca é bom estar numa urgência do hospital.” F3*

## **2. Benefícios atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência**

Das entrevistas realizadas emergiram benefícios atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência: quer para o doente, quer para a família e para profissionais de saúde (figura 2).

**Figura 2** – Benefícios atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência – categorias e subcategorias



Entre os depoimentos dos entrevistados é possível identificar vários benefícios atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência nomeadamente **para o doente**: *sentir-se acompanhado, melhorar a situação clínica, favorecer adesão terapêutica, diminuir a ansiedade, acalmar o doente, dar apoio emocional, sentir-se amparado, sentir-se feliz e proporcionar conforto.*

*Sentir-se acompanhado* foi descrito como um benefício por ambos os grupos participantes (enfermeiros e familiares), conforme se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) o doente sentir-se acompanhado (...).” E3*

*“(...) é uma companhia que têm enquanto estão à espera (...).” E6*

*“(...) o doente primeiro não está só (...).” E7*

*“(...) é sentir ali uma companhia de alguém que gosta dele, um apoio, de não dizer que estou aqui sozinho (...).” F1*

*“(...) sentir-se mais acompanhada, mais protegida, tem a mãe para a ajuda-la (...).” F3*

*“(...) é o fato de nós poder-nos acompanhar de perto, falarmos com os profissionais de saúde que os acompanham e tentar perceber dentro das nossas limitações (...) o que se passa (...).” F8*

Relativamente a *melhorar a situação clínica*, é um benefício apontado por três familiares que referem:

*“O próprio doente se tiver alguém por perto até melhora mais rápido.” F1*

*“(...) dizer mantém a calma, está tudo bem, não stresses, relaxa, acho que isso é muito bom, ajuda o próprio doente a estabilizar (...).” F3*

*“(...) o fato de estar presente eles já ficam melhor (...).” F5*

Um enfermeiro também referiu que a presença dos familiares *favorece a adesão terapêutica*:

*“(...) ajudar com que o utente nos diga que sim ao tratamento (...).” E1*

A presença da família num Serviço de Urgência na opinião de quatro participantes pode ajudar a *diminuir a ansiedade* do doente.

*“(...) percebo a ansiedade das pessoas (...).” E5*

*“(...) pode ajudar (...) a controlar a ansiedade do doente.” E7*

*“(...) um familiar fora do serviço de urgência (...) gera ansiedade (...) quer para o doente quer para a família.” E8*

*“(...) estou a dar apoio (...) e a diminuir-lhe a ansiedade (...).” F3*

Alguns entrevistados mencionam que a presença da família favorece a tranquilidade do doente ajuda a *acalmar o doente e dar apoio emocional*:

*“(...) acalmar numa situação de stress (...).” E4*

*“(...) o doente fica mais calmo por a presença de um conhecido em situação de urgência é mais facilitadora (...).” E5*

*“(...) o doente ficar mais calmo mais sossegado, consegues gerar, ali de uma certa maneira alguma estabilidade no doente.” E8*

*“Para o meu marido (...) quando tem alguém por perto (...) sente-se mais tranquilo.” F4*

*“(...) é ótimo ter alguém que ele conheça (...) para lhe dar a mão, para lhe dar apoio (...).” E4*

*“(...) sente-se mais protegida está mais á vontade se o médico ou o enfermeiro tiver de falar com ela, a mãe esta ali para dar uma ajudinha, acho que é bom.” F3*

*“(...) se ficarem sozinhos ficam mais preocupados, acho que estando alguém á beira ficam mais protegidos.” F5*

Constatamos que alguns familiares expuseram como benefício que a presença ajuda o doente a *sentir-se amparado* e a *sentir-se feliz*:

*“(...) sente-se amparada porque tem a mãe ao lado.” F3*

*“Para o meu marido fica mais feliz quando tem alguém por perto (...).” F4*

*“(...) fica todo contente por estar aqui (...).” F6*

O benefício ao *proporcionar conforto*, foi apontado por um enfermeiro:

*“(...) eu acho que para os familiares e para os doentes (...) tem sempre os seus benefícios (...) mais para o doente porque é aquele “porto de abrigo” é o conforto.” E8*

Foram ainda identificados benefícios **para o familiar** tais como: *perceber a evolução do doente, observar como o doente está a ser cuidado, obter informação do doente, pedir ajuda, apoiar o doente e observar a qualidade nos cuidados.*

*Perceber a evolução do doente* é mencionado por três enfermeiros que relatam:

*“(...) perceber da doença que o doente tem nesse momento e dos cuidados que deve ter posteriormente no domicílio (...).” E3*

*“(...) perceber que as coisas estão a ser feitas (...) estão a evoluir (..) que está bem ou mal (...) está a ser observado, avaliado e está a ser cuidado.” E4*

*“(...) sabem como as coisas estão a acontecer (...).” E5*

Na opinião dos familiares, é um benefício para os próprios, *observar como o doente está a ser tratado*, como traduzem os seguintes excertos:

*“É bom que nos deixem entrar porque é assim se a gente estiver por perto também vemos o que os enfermeiros, e a equipa médica fazem aos nossos doentes.” F1*

*“Sinto-me mais á vontade e vejo como ele está a evoluir. Se está bem se está mal e assim vejo com os meus olhos se ele está melhor ou não.” F4*

*Pode-se “(...) aperceber o que se está a passar como a pessoa, se está a ser tratada (...) acompanhar segundo a segundo até ao diagnostico final.” F8*

*Obter informação sobre o doente* é um benefício, quer para os enfermeiros, quer para os familiares entrevistados é como se pode observar nos seguintes excertos:



*“(...) levar alguma informação para que pudesse haver um restabelecimento mais rápido do doente no domicílio.” E3*

*“(...) sentir-se informado (...) conseguir ter de perto, visualizar, poder avaliar algumas situações (...) e poder (...) compreender a situação.” E6*

*“(...) se tiver um acompanhante, a gente pergunta se o exame já veio que tal correu e recebemos essa informação (...).” F1*

A possibilidade de *pedir ajuda* também se constatou como um benefício da sua presença, na opinião de três familiares:

*“(...) se nos deixam entrar é porque eles também vêm que a nossa presença por vezes faz falta.” F1*

*“(...) qualquer coisa que ele precisasse eu estava ali para pedir, pedir á médica pedir ao enfermeiro, para ajudá-lo.” F5*

A possibilidade de *apoiar o doente*, surge como um aspeto positivo da sua presença, na opinião de três familiares:

*“(...) porque estou com ele (...).” F2*

*“(...) o fato de estar com ela (...).” F5*

*“(...) dar um bocadinho de apoio, uma mãe, irmão qualquer pessoa, um amigo, desde que seja uma pessoa chegada, é muito bom (...).” F7*

Por último, constatamos que *observar a qualidade nos cuidados*, é um benefício indicado pelos familiares, como se verifica nas seguintes expressões:

*“(...) gosto de vir ás urgências de (...), sou bem tratado e respeitado e bem atendido.” F2*

*“(...) fui bem atendida as pessoas foram simpáticas e isso também ajuda.” F4*

*“(...) o nosso familiar ou a pessoa que nós acompanhamos seja bem atendido, saia daqui com um diagnostico real, correto e que as coisas corram o melhor possível.” F8*

*“(...) sentir-nos que estamos mais próximo do serviço e das pessoas que nos ajudam, que nos estão a ajudar em termos de saúde.” F8*

No que respeita aos benefícios **para os profissionais de saúde** atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência estes inscrevem-se na *vigilância do doente, apoiar nos cuidados ao doente (AVD'S), colheita de dados- avaliação inicial, e realização de educação para a saúde.*

A *vigilância do doente* é um benefício para os profissionais de saúde na perspetiva de ambas as partes (enfermeiros e familiares), como se pode observar nas seguintes afirmações:

*“(...) pedir a colaboração (...) se notar que o seu familiar ficar mais sonolento, mais adormecido ou mais agitado (...).” E1*

*“(...) recomendações dos profissionais (...) de (...) sinais e sintomas que deveriam estarem alerta no domicílio (...).” E3*

*“(...) a vigiar aquilo que nós não conseguimos vigiar.” E4*

*“(...) a vigilância do utente (...) a (...) infraestrutura do serviço não proporciona uma vigilância de todos os doentes (...) há paredes, cortinas tudo a separar, e isso criam barreiras que nos dificultam na vigilância dos doentes.” E6*

*“(...) o familiar acaba por ser um bocado os nossos olhos (...) temos muitos doentes em determinadas áreas no corredor, atrás de cortinas, que tu não tens perceção do doente (...) os familiares veem dizer se ele está a vomitar, se ele está a sentir-se mal (...).” E8*

*“(...) ajuda muito a parte dos enfermeiros e a parte médica estar ali uma pessoa ao lado do doente.” F1*

*“(...) escusam-se de preocupar tanto porque se acontece alguma coisa está ali uma pessoa (...) em qualquer emergência eu posso chamar-lhes, nestes aspetos podemos ajudar um bocado.” F3*

*“(...) chamei o enfermeiro quando subia a febre (...).” F7*

Observamos na análise das entrevistas que seis participantes consideram que a presença da família é benéfica para os profissionais de saúde, na medida em que contribui para *apoiar nos cuidados ao doente (AVD'S)*:

*“(...) melhoria dos cuidados (...) e necessidades que eles possam ter (...) como por exemplo, (...) posicionamentos, troca de fraldas (...) cuidados de higiene (...).” E1*

*“(...) podem ajudar (...) na alimentação (...).” E2*

*“(...) podem contribuir, nomeadamente na alimentação, no auxílio na ida a casa de banho, na colaboração da prestação de alguns cuidados.” E6*

*“(...) por exemplo, ela tinha fome e eu fui perguntar é enfermeira se ela podia comer (...) fui calçar-lhe a meia, puxar-lhe a roupa para cima, podemos ajudar a levar á casa de banho.” F3*

*“(...) ajudei-o a ir á casa de banho.” F6*

*“(...) se eu visse alguém que precise de ajuda, ajudava (...) ajudei a posicionar um senhor (...).” F7*

Constatamos também que a presença da família é benéfica para a *colheita de dados-avaliação inicial*, na opinião da maioria dos enfermeiros, como se pode observar nas seguintes afirmações:

*“(...) sabem qual é o padrão normal do comportamento (...).” E1*

*“(...) conhecer o doente (...) termos um padrão de comparação (...)” é “(...) fundamental ter um ponto de referência (...).” E2*

*“(...) para fazer a entrevista, saber mais informação sobre o doente (...) para conhecer melhor o doente, para saber como ele era no domicílio (...).” E4*

*“(...) como o doente era previamente em casa (...).” E5*

*“(...) prestar depoimento sobre as patologias anteriores, como era o estado prévio da pessoa (...).” E6*

*“(...) conhecem melhor a pessoa (...) nós conhecemos naquele momento naquele contexto.” “(...) tentar conhecer melhor o doente, integra-lo no processo terapêutico do doente (...).” E7*

*“(...) colheita de dados, saberes mais alguns pormenores do doente (...).” E8*

Por último, foi mencionado que a presença dos familiares é um benefício para os enfermeiros, pois permite ou favorece a *realizar educação para a saúde*, como se verifica nas seguintes transcrições:

*“(...) posso fazer alguns ensinios e digo quais os objetivos do estado do doente (...).” E1*

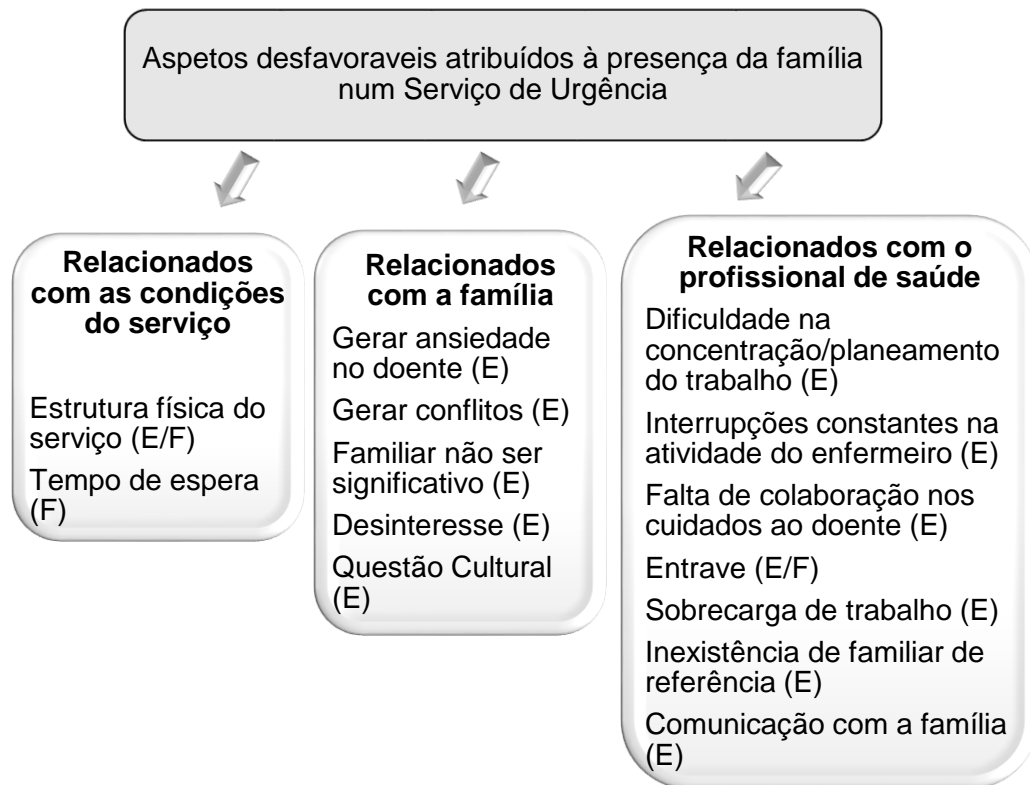
*Realizar “(...) ensinios relativamente á alimentação (...) corrigir nas diversas técnicas de posicionamentos (...) inclui-los no processo da melhoria do doente (...).” E7*

### **3. Aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência**

A par dos benefícios da presença da família num SU, apuramos a existência de diversos aspetos que se podem constituir como desfavoráveis, e que estão relacionados com: as condições do serviço, com a família e com os profissionais de saúde (Figura 3).

É de salientar que estes foram todas apontadas por enfermeiros, à exceção do tempo de espera como se pode observar de seguida.

**Figura 3** – Aspectos desfavoráveis atribuídos à presença da família num Serviço de Urgência – categorias e subcategoria



Os aspectos desfavoráveis **relacionados com as condições do serviço** são a *estrutura física* e o *tempo de espera*.

A nível da *estrutura física do serviço* é um aspeto desfavorável à presença da família apontados por ambos os grupos de participantes (enfermeiros e familiares), como se pode ver nos excertos que se seguem:

*"Espaço físico não é apropriado." E1*

*"(...) o espaço físico (...) não tem condições de estar com doentes e familiares (...) tudo muito reduzido, muito acanhado (...)." E2*

*"(...) o espaço físico não está preparado (...)." E4*

*"(...) infraestrutura do serviço não proporciona uma vigilância de todos os doentes (...) há paredes, cortinas tudo a separar, e isso criam barreiras que nos dificultam na vigilância dos doentes." E6*

*"(...) é estrutural (...) que não temos uma urgência que esteja fisicamente preparada para poder receber o volume de familiar ou de acompanhantes." "(...) estrutura física do serviço (...) não está preparada para receber tantos doentes (...)." E7*

*“(...) as condições do serviço (...) trabalhas no meio dos familiares, trabalhas no corredor, e tens toda a gente ali (...).” E8*

*“(...) os corredores deviam estar livres para às vezes não verem aquilo que não querem.” F1*

*“(...) não haver muita gente neste corredor (...).” F2*

*“(...) as condições não são as melhores porque está tudo atulhado de macas e de familiares porque todos têm de estar no corredor.” F3*

*“Estar a pé não é o mais agradável, mas suporta-se bem, o fato de poder estar ali ao lado dele.” F5*

*“(...) coitadinhos aqui no corredor em cadeiras de rodas, (...) sozinhos e alguns de longe com o braço partido por exemplo e ficam no corredor á espera.” F7*

*“Para os acompanhantes é um bocado penoso estar tanto tempo a pé infelizmente são muito as pessoas e poucas as cadeiras (...).” F8*

Os familiares mencionam também como aspeto desfavorável o tempo de espera, expressando-o da seguinte forma:

*Atendidos estamos a ser bem atendidos, o demorar já se sabe que nas urgências é sempre assim (...).” F3*

*“(...) apesar de demorado, parece-me minimamente organizado, até bastante organizado.” F8*

Os aspetos desfavoráveis **relacionados com a família** referem-se ao fato de o familiar não ser significativo, gerar ansiedade no doente, gerar conflitos, manifestar desinteresse e por uma questão cultural.

Um enfermeiro refere que é desfavorável caso o familiar não seja significativo,

*“(...) o familiar que não sejam significativos (...).” E1*

Verificamos ainda que para os enfermeiros a presença da família pode gerar ansiedade no doente, como espelham as seguintes transições:

*“(...) não esteja a ajudar o doente (...) causa-lhe (...) mais ansiedade (...).” E1*

*“(...) não sabem estar e muitas vezes em vez de estarem a colaborar e a facilitar o tratamento ao utente estão a complicar a situação e a enervá-los mais (...).” E6*

*“(...) familiar que decide (...) ralhar ou falar mal para o doente (...) vamos ter um doente menos colaborante (...).” E7*

Na opinião de um enfermeiro a presença da família pode *gerar conflitos* como expressa:

*“(...) um familiar (...) não compreendem que existem outros doentes (...) que gere conflitos (...).” E8*

Foi também considerado pelos enfermeiros entrevistados como fator desfavorável o *desinteresse* por parte dos familiares mencionando que:

*“(...) 90% essa relação é muito fraca e não há acompanhamento do doente.” E3*

*“Á mais um estar cá dentro e não um olhar direto para o doente.” E3*

*“(...) as pessoas vêm com o intuito de saberem o que se passa cá dentro, não se preocupam minimamente com o doente, muitas vezes abandonam (...).” E3*

*“(...) os familiares (...) estão muitas das vezes no serviço de urgência para ver o que se passa à volta e não para estar junto do familiar.” E8*

Por último, três enfermeiros participantes reportam-se à *questão cultural*:

*“(...) tem a ver com a cultura (...).” E1*

Um *“(...) problema cultural (...).” E3*

*“(...) a parte socio cultural das pessoas em que nós estamos inseridos (...).” E8*

Emergiram ainda fatores desfavoráveis à presença da família num Serviço de Urgência **relacionados com o profissional de saúde**: *dificuldade na concentração/ planeamento do trabalho; interrupções constantes na atividade do enfermeiro, falta de colaboração nos cuidados ao doente, entrave, sobrecarga de trabalho; inexistência de familiar de referência e comunicação com a família.*

A *dificuldade na concentração/ planeamento do trabalho* foi mencionada por alguns participantes que consideram que este facto pode interferir na segurança dos cuidados:

*“(...) interrompem a nossa ação, não nos dão concentração, fazem repetidamente a mesma pergunta a vários profissionais (...).” E3*

*“(...) tiram-nos a concentração quando estamos a preparar a medicação, a colher uma história, a tratar de um doente, e até quando estamos a praticar algumas técnicas invasivas.” E6*

*“(...) põem em causa a nossa concentração na administração da medicação e nos cuidados que vamos prestar ao utente, põem em causa a própria pratica, muitas vezes estamos “a picar” um doente, tocam-nos no braço, empurram-nos, distraem-nos, no fundo acabam por distrair-nos no trabalho (...).” E6*

As *interrupções constantes na atividade dos enfermeiros* gerado pela presença do familiar é o aspeto relacionado com os profissionais de saúde mais mencionado como desfavorável, tendo sido referido por 5 enfermeiros:

*“(...) muita solicitação (...) estamos sempre a ser solicitados por isso e por aquilo (...) perdermos às vezes o fio à meada do que estamos a fazer (...)” E2*

*“(...) seja um familiar que esteja sempre a fazer perguntas, sempre a interferir no meu trabalho aí já me faz um bocadinho de confusão (...)” E4*

*“(...) interromperem sempre que vais fazer alguma coisa (...)” E5*

*“(...) às vezes são muito apelativos, muito interventivos, no mau sentido (...)” E7*

*“(...) depende do familiar (...) existem (...) familiares que geram conflitos, ou são muito apelativos, vão estar a interpelar-nos muitas vezes (...) somos (...) interrompidos muitas vezes na realização das tarefas e já não consegues e perdes-te naquilo que ias fazer (...)” E8*

A *falta de colaboração nos cuidados ao doente* por parte dos familiares também foi referida pelos enfermeiros também como um aspeto desfavorável:

*“(...) nos cuidados que prestam não se verifica uniformemente por todos os familiares, á alguns que ajudam, mas outros que não, aliás dizem que tu estás aí para trabalhar e para fazeres isto e ponto final.” E2*

*“(...) vão se embora e depois para posicionar eu não consigo, eu não posso, dói-me isto e aquilo, acabam por não ser tão facilitador para nós acaba por ser prejudicial (...)” E5*

Ambos os grupos de entrevistados referiram que a presença da família num Serviço de Urgência é um *entrave*:

*“(...) um estorvo físico (...)” E6*

*“(...) se toda a gente tem um acompanhante aqui ninguém se mexe e atrapalha e estão a ver se faz bem ou se faz mal (...)” F3*

A *sobrecarga de trabalho* é outro dos fatores dificultadores que emerge da presença da família num serviço de urgência como se pode verificar nos relatos de dois enfermeiros:

*“(...) temos muito trabalho (...) muitos doentes e (...) não temos muito tempo (...)” E2*

*“(...) nós somos tão poucos que não consegues dar atenção ao doente quanto mais ao familiar.” E8*

Para dois enfermeiros a *inexistência de familiar de referência* é um aspeto desfavorável como está expresso nos seguintes excertos:

*“(...) haver um familiar de referência (...) tens dois ou três familiares que entram e cada vez que entram, e perguntam exatamente o que se passa com o doente, o que equivale que percamos muito tempo na gestão dessa situação.” E5*

*“O fato de não ser sempre o mesmo familiar (...).” E6*

Os enfermeiros também mencionam que a dificuldade na *comunicação com a família* é desfavorável para o profissional de saúde como se verifica nas seguintes citações:

*“(...) á uma dificuldade na comunicação e a dificuldade na comunicação é terrível.” E6*

*“(...) a população não deveria ser tão leiga, muitas vezes pensam que estamos a fugir de explicar alguma coisa, mas a verdade simplesmente não conseguimos chegar a eles (...).” E6*

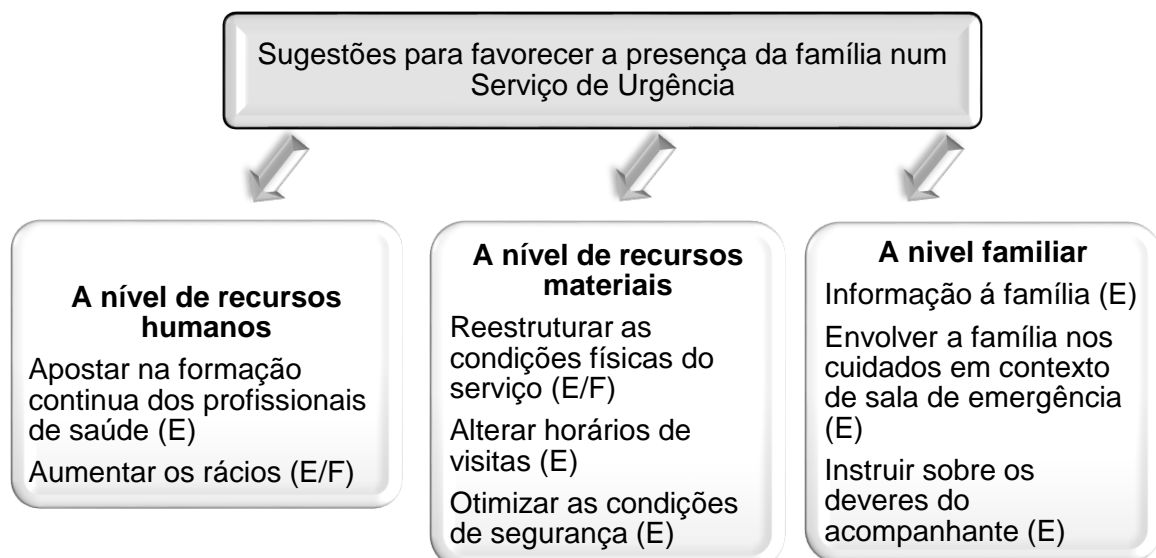
*“(...) um problema de comunicação (...) comunicação que falha em todos os lados, de nós para eles de eles para nós.” E7*

Importa salientar e conforme já foi referido que a maioria dos familiares entrevistados não apontaram aspetos desfavoráveis ao fato de estarem presentes no serviço de urgência no papel de acompanhantes.

#### 4. Sugestões para favorecer a presença da família num Serviço de Urgência

Das entrevistas aos participantes do estudo, surgiram um conjunto de sugestões para favorecer a presença da família num serviço de urgência e que se direcionam para os recursos humanos, e materiais e a nível familiar.

**Figura 4** – Sugestões para favorecer a presença da família num Serviço de Urgência – categorias e subcategorias





No tocante às sugestões relativas **a nível dos recursos humanos** elas inscrevem-se em duas subcategorias, *apostar na formação continuada dos profissionais de saúde e aumentar aos rácios*.

Uma das sugestões apontadas por dois enfermeiros foi a necessidade de *apostar na formação contínua dos profissionais de saúde*, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) formação (...) a nível do atendimento da linha azul.” E6*

*“(...) formação da população (...) mais ensinios (...) investimento na formação por parte dos cuidados primários (...) de informação.” E6*

*“(...) mais formação relacionada com a comunicação.” E7*

*“(...) com psicólogos sobre estudos do comportamento ou secções de grupo (...) às vezes precisamos de falar sobre o assunto, partilha de conhecimento (...).” E7*

Por último, referente a esta categoria, mas não menos importante, quer enfermeiros, quer familiares apontam como sugestão o *aumento de rácios* como podemos observar nas seguintes transcrições:

*“Aumentar o número de profissionais (...).” E8*

*“(...) mais enfermeiros e mais médicos (...).” F6*

*“(...) colocar mais gente também ajuda.” F7*

As sugestões de otimização relativas aos **recursos materiais** foram as mais evidenciadas e incidem sobre: *restruturar as condições físicas do serviço, alterar horário de visitas e otimizar as condições de segurança*.

A necessidade de *restruturar as condições físicas do serviço*, incide sobretudo sobre a adequabilidade do espaço físico e foi expressa por ambos os grupos de participantes:

*“(...) aumentar o serviço de urgência (...) criar condições em termos de espaço (...) por exemplo, colocar uma cadeira junto de cada maca (...) Campainhas perto de macas (...).” E1*

*“Obras na urgência. Arranjar áreas de trabalho (...).” E4*

*“(...) mudança das infraestruturas do serviço (...) áreas para os familiares, área de tratamento, privacidade, técnicas (...).” E6*

*“(...) era bom de ter uma urgência nova (...) um espaço próprio para determinados doentes (...) por exemplo para doentes paliativos e espaços mais resguardados, cadeiras e cadeirões (...).” E7*

*“Condições físicas (...) de profissionais (...) se tu tivesses outras condições provavelmente em termos físicos e assim em termos de número de profissionais se calhar conseguíamos dar aquela atenção aquele apoio que o familiar também precisa que não é só o doente.” E8*

*“(...) haver uma sala própria quando estão á espera de os exames estarem numa sala, estarem nos corredores dá muito mau aspeto, muito mau.” F1*

*“(...) devia ter ou outra sala diferente ou que atendessem mais rápido e melhor.” F2*

*“Deveria haver um espaço que enquanto estão á espera dos resultados pudessem aguarda com os familiares ao lado, para que o pessoal pudesse trabalhar mais á vontade, porque estariam ali os familiares que se acontecesse alguma coisa chamavam.” F3*

*“Um espaço onde as pessoas pudessem estar sentadas e pudessem esperar mais confortavelmente e que as cadeiras não estivessem partidas de preferência, ou seja mais e que não estivessem partidas.” F8*

*“Umas condições um bocadinho melhor para quem está com os doentes.” F8*

Também são apontadas pelos enfermeiros, como sugestões de melhoria a *alteração do horário de visita e otimizar as condições de segurança*:

*“(...) modificar horários (...).” E2*

*“(...) mais controle de segurança nas portas (...).” E2*

*“(...) aumentar a vigilância das portas (...).” E3*

As sugestões apontadas **a nível familiar** incidem na *informação à família, envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência e instruir sobre os deveres do acompanhante*.

A *informação à família* é uma sugestão de melhoraria mencionada por dois enfermeiros. Relatam que deveria:

*“(...) a informação (...) uma ligação mais eficaz entre utente – profissional – familiar.” E6*

*“(...) informação a nível social (...).” E6*

*Envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência* foi expressa por um enfermeiro:

*“(...) ter um profissional numa reanimação cardiopulmonar (...). Era uma maneira também de valorizar o nosso trabalho de eles perceberem o que é que nos estamos a fazer para tentar salvar o familiar deles e se calhar trazia mais visibilidade para nós*

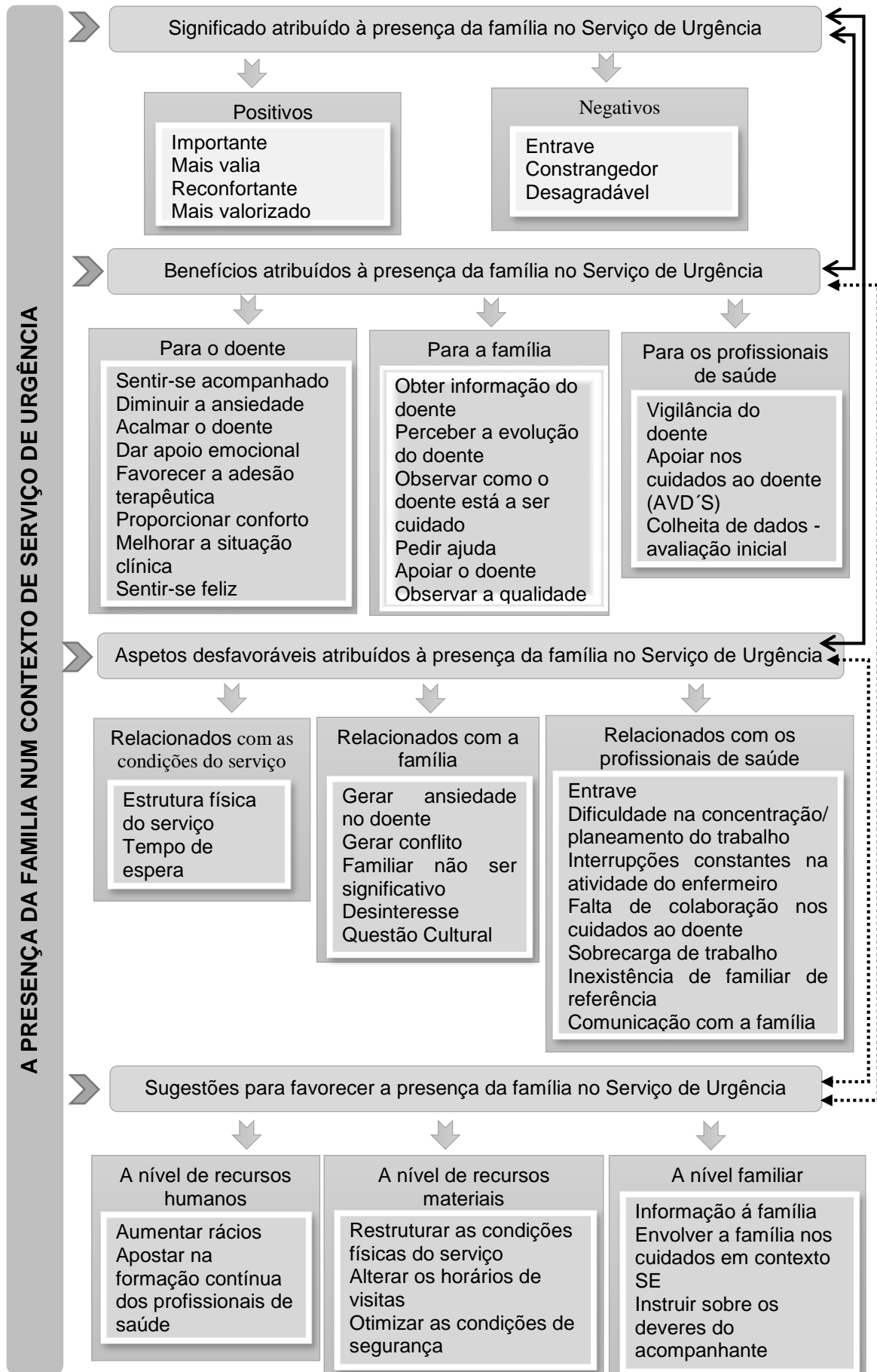
*enquanto enfermeiros e para o nosso trabalho (...) até mesmo para o familiar perceber que tudo foi feito (...).” E8*

Um dos enfermeiros indica como sugestão de melhoria *instruir sobre os deveres do acompanhante:*

*“(...) sentir-se penalizado (...) e informar sobre o que se (...) pretende com o familiar (...) no serviço de urgência, que é estar perto do doente, é dar informação e receber informação e levar a informação para o domicílio para cuidar do seu familiar.” E3*

Dos resultados obtidos é possível obter uma perspetiva dos enfermeiros e familiares sobre a presença destes no serviço de urgência como acompanhantes. É evidente a importância e os benefícios, mas também as dificuldades e sugestões. Estes resultados são apresentados de seguida num diagrama (figura 5) que espelha de forma esquemática os mesmos e as possíveis relações entre os mesmos.

Figura 5 - Esquematização dos resultados: A presença da família num contexto de SU



## **CAPÍTULO IV**

---

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, iremos apresentar a discussão dos resultados obtidos que nos permite refletir acerca do estudo realizado e sobre os resultados mais significativos. Procuramos fazê-lo confrontando os dados com os encontrados na literatura científica, comparando-os com o quadro conceptual que deu suporte à investigação, assim como com os objetivos e questões de investigação enunciados e as nossas próprias reflexões.

Nesta fase da investigação, o investigador tem à sua disposição resultados significativos e fiáveis que lhe permite assim enunciar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 2018).

Utilizaremos uma linha de apresentação similar ao capítulo anterior, seguindo sequencialmente as diversas áreas temáticas, de modo a permitir uma melhor visão da globalidade dos resultados obtidos e uma análise refletida e articulada dos mesmos.

### **Significado atribuído à presença da família num contexto de Serviço de Urgência**

Quando começamos a organizar os dados através da análise de conteúdo, evidenciou-se um conjunto de significados, que evidenciam a perceção quer dos profissionais, quer dos familiares sobre o acompanhamento do doente no serviço de urgência.

Averiguamos que para ambos os grupos participantes a presença da família junto do doente num contexto de SU é *importante*, o que é consonante com Galinha, Ribeiro e Pinto (2014, p. 175) que no seu estudo observou que “os enfermeiros do serviço de urgência possuem uma atitude maioritariamente positiva para com as famílias, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância de estabelecer um diálogo com os membros da família do utente”.

Outro estudo de Saiote (2011) revelou que os enfermeiros reconhecem a importância dos membros da família no cuidado à pessoa doente, mas que na realidade do dia-a-dia é dispensada pouca atenção à família, bem como às suas necessidades de apoio, relegando esta competência profissional para um segundo plano de prioridades.

Por outro lado, os enfermeiros participantes, assumem a presença da família junto do doente como uma *mais-valia*.

Como refere Galinha, Ribeiro e Pinto,

“(...) atitudes positivas perante o envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem conduz que as partes, numa situação de conflito, cedam sempre algo na sua posição para poder tomar uma decisão conjunta aceitável para ambas, numa atitude de colaboração e cooperação” (2014, p. 173).

Para os familiares a oportunidade de estar junto do doente no SU é *reconfortante*. De acordo com Silva e Avelar (2007, p. 2) existem “fortes evidências de que a presença da família, pode proporcionar o bem-estar” ao doente.

Ao proporcionar à família a possibilidade de permanecer junto do doente, por as suas próprias necessidades pessoais faz sentir-se bem, estar junto do doente (Silva, Bocchi e Bousso, 2008).

Também se revela visível que só o fato de estar num serviço de urgência é *desagradável*.

Para a família o hospital é um “ambiente desagradável, confuso, contrastante, que gera sentimento de rejeição, insatisfação e insegurança” (Dibai e Cade, 2009, p. 84).

Na mesma linha de pensamento, Cerqueira (2010, p. 30) refere que, “o hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e como tal, são percebidos como ameaçadores”.

O hospital de uma forma genérica, para os usuários (doentes e família) tem um significado negativo, conhecido como um lugar onde só existe doenças e provoca sofrimento, mas também deveria ser olhado como um lugar para a cura. Deveria ser entendido como um sítio de saúde, de bem-estar físico, psicológico e social e não como percebido como um sítio de doenças (Fuente e Berver, 2005).

Na voz dos enfermeiros entrevistados a presença da família também pode ter um significado negativo, ao constituir-se como um *entrave* sendo ao mesmo tempo *constrangedor*.

Já no seu estudo Szareski [et al.] (2010) referiu que no momento em que o acompanhante não corresponde às expectativas da equipa de enfermagem a sua presença pode ser considerada negativa.

### **Benefícios atribuídos à presença da família num contexto de Serviço de Urgência**

No nosso estudo podemos constatar que existem benefícios **para o doente** relacionado com a presença da família que são comuns aos dois grupos participantes, nomeadamente: o *sentir-se acompanhado, dar apoio emocional, diminuir a ansiedade e acalmar o doente*. Para a família os benefícios centraram-se em *melhorar a situação clínica, sentir-se amparado e sentir-se feliz*. Para os enfermeiros os benefícios estão sobretudo no *favorecer adesão terapêutica e proporcionar conforto*.

Ambos os grupos participantes do nosso estudo estão de acordo com a opinião de Silva, Bocchi e Bousso (2008) quando defendem que a família deve ter a possibilidade de estar

junto do doente, acompanhar a evolução e as respostas do doente ao tratamento, permitindo assim ao doente sentir-se mais tranquilo.

Por outro lado, Regeanini citado por Shiotsu e Takahashi (2000, p. 100) considerou que a "doença por si constitui um trauma psíquico para o doente que é acentuado pelo medo da morte, da incapacitação física, do abandono de suas atividades e de seu lar no caso de hospitalização" e a "presença da família junto ao doente ajuda a minimizar os temores e inseguranças ocasionados pela rutura brusca de sua rotina, possibilitando um suporte emocional necessário para que se recupere o mais rapidamente possível" (Shiotsu e Takahashi, 2000, p. 100).

Vários autores concordam sobre "a necessidade dos doentes de ter a presença do familiar como acompanhante e contar com eles para minimizar suas inquietações e inseguranças, além de ajudá-los na execução de cuidados mais simples" (Franco, Regeanini, Takito in Shiotsu e Takahashi, 2000, p. 101)

A presença da família para ambos os grupos participantes também ajuda a *diminuir a ansiedade*, tal com menciona Szareski [et al.] no seu estudo de investigação a visão da equipa de enfermagem é "benéfica a companhia de pessoas que possibilitem ao doente a exposição de seus sentimentos e emoções, bem como, o ajudem a controlar suas ansiedades, medos (...)" (2010, p. 716).

O doente admitido num SU poderá beneficiar da presença da família junto de si, uma vez que, lhe proporcionará tranquilidade e estabilidade emocional. A presença da família pode ser um elemento gerador de confiança no SU, reforçando a disponibilidade do doente para concordar e obedecer às orientações prescritas, proporcionando também conforto psicológico (Pinho e Kantorski, 2004).

Os acompanhantes pensam que a sua presença é um direito, diminui o sofrimento e providencia conforto (Ferreira, Gomes e Martins, 2016).

Para os enfermeiros participantes neste estudo a palavra "conforto" foi mencionada como um aspeto benéfico o que corrobora com, Maciel e Souza (2006) que no estudo que realizaram sobre o acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva, observaram que o acompanhante para além de ser um elo de união com a equipa, para o doente é sinónimo de conforto e segurança.

Segundo Silva e Avelar (2007) existem sinais que apontam que a presença da família influencia favoravelmente a evolução do processo saúde-doença. Outro estudo realizado por Oliveira [et al.] (2003) sobre a perceção do doente em relação à permanência do acompanhante na Unidade de Cuidado Intensivo, revela que a família se constitui num auxílio essencial para a sua recuperação.



Na perspetiva de Colognese (2006), a presença de um familiar em situações de urgência deve ser incentivada, porque proporciona conforto e contribui para a recuperação do doente e fornece o suporte emocional que nem sempre o enfermeiro consegue oferecer.

Outro estudo realizado por Szareski [et al.] (2010) evidenciou que a equipa de enfermagem considera a presença da família imprescindível para a evolução do doente, aludindo que os doentes que não tinham familiares presentes, em geral, tornavam-se apáticos, tristes e pouco colaborativos nos procedimentos.

Relativamente aos benefícios **para a família**, foi descrito por ambos os grupos participantes *obter informação do doente*. Os enfermeiros acrescentaram que a presença da família também é benéfica para *perceber a evolução do doente*. Os familiares consideram que estarem presentes é benéfico para *pedir ajuda, apoiar o doente e observar a qualidade nos cuidados*.

O direito à informação está descrito na Lei nº 15/2014, no art. 7º em que o utente tem o “direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado. A informação dever ser transmitida de forma acessível, completa e inteligível” (2014, p.2128).

“Os enfermeiros reconhecem que os doentes ficam mais calmos na presença de acompanhantes ou quando sabem que estes estão informados; a sua presença funciona como um apoio e facilita a transmissão de informação” (Ferreira, Gomes e Martins, 2016).

A necessidade de informação já se observou no estudo de Colognese (2006) em que os familiares, expressaram a necessidade de receber mais informação por parte dos profissionais de saúde sobre a evolução da saúde do doente.

A presença da família junto do doente no SU favorece uma maior vigilância em caso de alteração do seu estado de saúde do doente podendo solicitar ajuda em caso de necessidade, sendo este um dos aspetos benéficos referidos pelos familiares que participaram no estudo. Como descreve Szareski [et al.] no seu estudo sobre o familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipa de enfermagem (2010, p. 718):

“A família, por suas características de proximidade e convivência, possui maiores condições de acompanhar o processo de saúde-doença de seus membros do que os próprios profissionais. Por sua intimidade, os membros da família são capazes de identificar sinais de doença que, para outras pessoas, podem passar despercebidos. Sendo assim, é comum o acompanhante ser o primeiro a identificar as alterações no seu quadro clínico”.

A família considera-se importante por proporcionar apoio emocional ao doente, ajudarem nas atividades de cuidado, acompanhar a sua evolução clínica, observar e fiscalizar a prestação de cuidados realizada pelos profissionais de saúde (Dibai e Cade, 2009).

Os benefícios atribuídos à presença da família num serviço de urgência, mas direcionado **para os profissionais de saúde** foram diversos. Em concordância por ambos os grupos participantes surge a *vigilância do doente e apoio nos cuidados ao doente (AVD'S)*. Os enfermeiros acrescem que a presença da família é benéfica na *colheita de dados – avaliação inicial* e para a *realização de educação para a saúde*.

Um dos benefícios mencionado quer pelos enfermeiros quer pelos familiares está relacionado com a vigilância do doente. Magid, Asplin e Wears (2004) realizaram um estudo sobre segurança dos sistemas de cuidados de saúde de emergência e concluíram que os doentes ao permanecerem em macas nos corredores, salas comuns ou em zonas de tratamento, não permite uma monitorização ou observação adequada.

Neste sentido a presença da família é importante no *apoio nos cuidados ao doente*.

Shiotsu e Takahashi (2000, p.102), realizaram um estudo com o objetivo de compreender a experiência de ser acompanhante de doente adulto hospitalizado onde conclui que a família ajudou a equipa de enfermagem em inúmeros cuidados, tais como: “no atendimento das necessidades de higiene pessoal, locomoção, alimentação” e proporcionaram também apoio emocional ao doente.

O mesmo autor refere que a família quer estar junto do doente para dar resposta às seguintes necessidades: ajudar o doente por causa da sua dependência ou limitação física; demonstrar amor, gratidão; dar apoio emocional; transmitir força, coragem e otimismo; identificar e atender as necessidades do doente; assegurar o atendimento pela equipa; favorecer a comunicação entre o doente e os profissionais de saúde; observar e fiscalizar a assistência prestada e acompanhar a evolução clínica (*ibidem*).

Segundo Dibai e Cade (2009) os acompanhantes tinham como objetivo atender as necessidades humanas básicas do doente como, por exemplo, dar água, alimentar, trocar fraldas.

No entanto, para os enfermeiros entrevistados a presença da família é benéfica para realizar a *colheita de dados – avaliação inicial*. A maioria dos enfermeiros olham para a família como uma “fonte de informação útil” (Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014, p. 167).

A presença da família pode ser relevante no momento da recolha de informação sobre o doente, uma vez que pode fornecer informações relativamente aos antecedentes

peçoais e à história clínica do doente, facilitando assim o trabalho dos profissionais de saúde, quer no momento do diagnóstico como no tratamento (Pinho e Kantorski, 2004).

Tal como refere Shiotsu e Takahashi (2000, p. 106), estes facilitam “pelo conhecimento dos hábitos e costumes do doente, que possibilitaram estabelecer o que ele era capaz de fazer”.

No seu estudo Soares [et. al] a presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do doente vítima de trauma (2016, p. 201) “(...) ser útil ao fornecer informações aos profissionais, o que garantiu a realização de uma assistência mais segura e qualificada pela equipa de saúde”.

Em conclusão, para a equipa de enfermagem a importância da presença da família está relacionada com a informação que pode ser oferecida (Colognese, 2006).

Constamos pelas entrevistas efetuados aos enfermeiros que estes também consideram benéfico a presença da família pelo fato de poderem inclui-los nos ensinamentos, permitindo ao profissional *realizar educação para a saúde*.

A presença da família é referida como uma ajuda possível na prestação dos cuidados e uma oportunidade para a realização de educação para a saúde, dados mencionados no estudo de Maciel e Souza (2006).

Em suma, Andrade; Marcon e Silva (1997) indica que existem determinadas razões para que a família permaneça junto do doente, como: a insegurança; estar simplesmente junto do familiar; o interesse no doente; por sentimento de corresponsabilidade pela recuperação do doente; para aprender e por último por obrigação ou respeito.

### **Aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da família num contexto de Serviço de Urgência**

Conforme já observamos no capítulo anterior da leitura e análise dos dados obtidos foi possível identificar um conjunto de aspetos desfavoráveis: **relacionados com as condições do serviço, relacionados com a família e relacionados com o profissional de saúde**. É de salientar que a maioria dos familiares que participaram no estudo não referiram um aspeto desfavorável relativamente à presença junto do doente no SU.

Apenas alguns se reportaram à *estrutura física do serviço* e ao *tempo de espera* em concordância com os enfermeiros que também mencionaram estes aspetos desfavoráveis **relacionado com as condições do serviço**.

Um estudo desenvolvido por Dibai e Cade (2009) refere que a principal dificuldade sentida pela família quando está a acompanhar o doente está relacionada com as limitações estruturais do hospital, tornando-se este um impedimento ao seu papel de acompanhante.

Silva, Bocchi e Bousso (2008, p. 298) no seu estudo sobre o papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados mencionam que “(...) a própria estrutura física hospitalar não favorece a permanência do familiar (...)”.

Silva e Avelar observa no seu estudo (2007) que as condições ambientais, instalações, disposição dos recursos devido à estrutura da instituição, origina restrição à permanência do acompanhante.

Este aspeto também foi visível no nosso estudo e no de Almeida e Pires (2007) em que os participantes consideraram o espaço físico inadequado, assegurando que este não permite atender inteiramente às necessidades dos usuários, observando que os doentes permanecem em macas nos corredores.

Um dos aspetos desfavoráveis mencionados pelos familiares referiam-se ao *tempo de espera*, os doentes que recorrem ao SU pensam que o seu problema de saúde é grave suficiente e por esse motivo não podem esperar, esperam ser atendidos o mais rápido possível e verem o seu problema solucionado. O tempo de espera é apontado como o aspeto mais negativo (Paúl [et al.], 1999).

Segundo Sousa [et al.] (2011), o tempo de espera influencia o comportamento dos familiares, existindo uma relação direta entre o aumento da irritabilidade dos acompanhantes com o aumento do tempo de espera.

No entanto, Almeida e Pires (2007) refere no estudo sobre o trabalho em emergência que, um dos motivos que conduzem a um aumento do tempo de atendimento está relacionado com o uso indiscriminado do serviço de urgência, provocando stress e confusão nos locais de atendimento e que resulta posteriormente num desgaste para os profissionais de saúde e incómodo para os doentes.

Os aspetos desfavoráveis **relacionados com a família** estão relacionados com aspetos inerentes ao *gerar ansiedade no doente, gerar conflitos, familiar não ser significativo, desinteresse* e ser uma *questão cultural*. Todos estes aspetos foram mencionados exclusivamente pelos enfermeiros participantes.

Peplau (1992), no seu livro sobre as relações interpessoais em enfermagem, identifica dois tipos de acompanhantes: o fiscalizador (provoca certo desconforto no ambiente) e o colaborador (coopera na recuperação do doente).

Já para Silva e Avelar (2007, p. 7) a classe:

“acompanhante fiscalizador” traduziu o acompanhante, cuja permanência provocava desconforto ao ambiente, atrapalhando o andamento do serviço por ser solicitante e estar continuamente analisando e questionando tudo à sua volta. Este tipo de acompanhante, exige mais dos profissionais, devido à sua necessidade de informação e por estar em um ambiente estranho, com normas de funcionamento alheias ao seu conhecimento e pela falta de confiança”.

Por sua vez, Sousa [et. al] (2011, p. 203) no seu estudo sobre as vivências em serviços de urgência: o papel do acompanhante dos doentes, conclui que há duas perspetivas:

“i) Os acompanhantes ficam agressivos ou dificultam os cuidados, porque estão muito tempo à espera, com pouca informação e sentem que os profissionais são distantes e/ou agressivos, “logo podem não estar” a cuidar do doente; ii) os profissionais, por vezes, são mais distantes pois estão a fazer o seu trabalho e têm de atender muitos doentes; fazem o melhor e os acompanhantes dificultam a sua eficácia ao querer informação”.

Para Sousa e Andrade (2000), para ser acompanhante, ou se é “ativo” ou então não se é acompanhante, ou seja, para ser classificado como “acompanhante ativo” deve de participar nos cuidados de higiene, conforto e alimentação.

No estudo efetuado por Szareski (2010) observou-se que haviam familiares que não permaneciam junto do doente e não ajudavam nos cuidados básico, desencadeando desgaste para a equipa de enfermagem.

Relativamente aos aspetos desfavoráveis **relacionados com o profissional de saúde** foi mencionado por ambos os grupos participantes como sendo um *entrave*, já os enfermeiros são da opinião que sentem *dificuldade na concentração/ planeamento do trabalho* sofrem *interrupções constantes na atividade do enfermeiro, falta de colaboração nos cuidados ao doente, sobrecarga de trabalho, inexistência de um familiar de referência e comunicação com a família*.

No sentido que pode ser um *entrave* para o profissional vai ao encontro ao descrito por Lautert, Echer e Unicovsky (1998, p. 119) no seu estudo sobre o acompanhante do doente adulto hospitalizado que a família não é bem vista dentro das instituições hospitalares, a sua presença representa mais a ideia de um fiscal da qualidade do cuidado que estamos a prestar do que um colaborador.

Para a equipa de enfermagem segundo Colognese (2006) verificou que a presença da família “atrapalha” o serviço, sendo muitas vezes difícil trabalhar quando a família está presente.

A dificuldade da presença da família segundo Romão [et al.] (2010, p. 3) no seu estudo sobre o Acompanhar hospitalar: relações com a equipe de saúde e a intervenção social, resulta das dificuldades que os familiares tem para obedecer às normas do hospital e pela solicitação persistente de atendimento e de informações sobre o doente.

Sousa [et al.] (2011), conclui no seu estudo de investigação que existe uma percentagem de 15,7% que os acompanhantes dificultam o trabalho dos profissionais.

*A falta de colaboração nos cuidados ao doente* por parte da família desencadeia um aspeto desfavorável sentido pelos enfermeiros participantes.

Como refere Silva e Avelar (2007, p.8) no seu estudo, “o acompanhante foi percebido como um elemento que não participativo na atividade de assistência, tornando-se um empecilho para a equipa”.

*A sobrecarga de trabalho* é apontada como elemento desfavorável do funcionamento de qualquer serviço, interferindo com as dinâmicas do mesmo e repercutindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Clarificando este conceito, há sobrecarga “quando as tarefas a realizar pelo indivíduo ultrapassam a capacidade percebida de responder adequadamente às suas exigências” (Serra, 2007, p. 533).

Almeida e Pires (2007) revela que os profissionais de saúde se sentem débeis e cansados resultante da sobrecarga de trabalho.

Para Dibai e Cade (2009) a presença da família implica um aumento de trabalho para muitos dos profissionais.

De acordo com Galindo [et al.], (2012), uma inadequada dotação de enfermagem para a prestação necessários dos cuidados ao doente, faz com que a equipa de enfermagem acumule tarefas e existe uma sobrecarga de trabalho, que por sua vez é agravada pelas constantes interrupções e necessidades de voltar a reorganizar o trabalho.

O excesso de trabalho e a falta de tempo emergem assim como as justificações apontadas para esta secundarização do contacto com os familiares (Saiote, 2011).

**Sugestões para favorecer a presença da família num contexto de Serviço de Urgência.**

Os serviços de urgência atuais possuem especificidades que os distinguem de todos os outros serviços de saúde. Nos últimos anos, presenciou-se um grande desenvolvimento tecnológico, especialização de saberes e a um aumento da complexidade das situações clínicas, contudo, nem sempre o espaço físico, e os recursos humanos e materiais acompanham este progresso o que gera insatisfação por parte dos profissionais de saúde (Almeida e Pires, 2007).

Foi também nosso objetivo com este estudo, identificar as sugestões para melhorar a presença da família no SU e os discursos dos participantes foi possível obter um conjunto de sugestões, para melhorar as condições para a presença da família num serviço de urgência e que se situam a **nível dos recursos humanos, nível de recursos materiais e a nível familiar.**

As sugestões relativas a **nível de recursos humanos**, apontam para o *apostar na formação contínua dos profissionais de saúde e aumentar rácios.*

Alguns enfermeiros entrevistados referem como sugestão *apostar na formação continuada dos profissionais de saúde.*

Wright e Leatley (2012) referem que existem lacunas nos programas de formação e por este motivo existe resistências de alguns enfermeiros em aderir à presença da família.

“Os programas de formação não devem situar-se somente nos conceitos teóricos, mas também nas competências individuais que os profissionais devem desenvolver” (Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014, p. 176).

O enfermeiro deve ser responsável pela sua aprendizagem e manutenção das suas competências ao longo do seu percurso profissional. Cada enfermeiro tem o dever de procurar a excelência do exercício profissional atualizando constantemente os seus conhecimentos (Oliveira, 2004).

Ambos os grupos participantes mencionam como sugestão o aumento de rácios dos profissionais de saúde. Como menciona Cruz [et al.] (2017) num estudo em que participaram enfermeiros que prestam funções num SU em que foi identificado um número insuficiente de pessoal. Do mesmo modo foi sentido por ambos os grupos participantes do nosso estudo em que referiram que devia existir um aumento de rácios.

A gestão dos recursos humanos, hoje em dia é uma preocupação constante, as organizações hospitalares definem estratégias que permitam conciliar eficiência nos cuidados de saúde, redução dos custos, qualidade dos cuidados oferecidos e satisfação dos usuários (Barrera [et al.], 2007).

O Conselho Internacional de Enfermagem (2006) alertou para a importância da determinação de dotações seguras, como forma de garantir a qualidade dos cuidados aos utilizadores dos serviços de saúde, as condições para o exercício profissional dos enfermeiros e os resultados da organização.

Da mesma maneira Magid, Asplin e Wears (2004) refere que os profissionais de saúde no SU são muitas vezes insuficientes para as necessidades exigidas pelos doentes e famílias.

Almeida e Pires (2007, p. 622) no seu estudo sobre o trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento menciona que “os trabalhadores se sentem impotentes e desgastados perante uma demanda de trabalho superior às capacidades de resposta da equipa.” Acrescentando a pouca disponibilidade de recursos materiais e humanos que são característicos da área da saúde.

Já as sugestões relativas **a nível de recursos materiais** foram as mais evidenciadas e prendem-se com: *restruturar as condições físicas do serviço*, mencionado por ambos os grupos participantes; *alterar horários de visita* e *otimizar as condições de segurança* referenciadas pelos enfermeiros.

De acordo com o art. nº 20 do Despacho n.º 10319/2014 relacionado com a estrutura física e recursos materiais inerentes ao SU, este deve “respeitar a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente (...)” (p. 20678).

Atualmente a arquitetura do hospital está desenhada tendo em conta o fator humanizador, adaptando a sua construção às necessidades práticas dos doentes, visitantes e dos funcionários. Através dos meios arquitetónicos adequados e criação de um ambiente físico agradável pode-se ajudar na recuperação do doente, aliviando o seu desconforto físico e mental (Mezomo, 2001).

Segundo Costa, Araújo e Barros (2009, p. 4),

“A estrutura física deve oferecer ao público espaço suficiente para que todos os procedimentos sejam realizados de modo a prosseguir sem nenhum acidente de percurso. É de salientar que a infraestrutura é relativa à demanda do serviço e se esta demanda aumenta consideravelmente, tanto o espaço físico como toda a equipa de saúde acabem sendo prejudicados”.

Em relação ao *horário de visita* como afirma Gurley in Lautert, Echer e Unicovsky (1998, p. 119) no seu estudo “muitas vezes os enfermeiros vêm o horário de visita como uma intromissão (...) e perda de tempo da equipe.” Kirchhoff in Lautert, Echer e Unicovsky



(1998) referem que os efeitos da visita são mais negativos para os profissionais de enfermagem do que propriamente para o doente e família.

As sugestões relativas **a nível familiar** focam a necessidade de oferecer *informação á família*, necessidade de *envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência* e *instruir sobre os deveres do acompanhante*.

Um dos aspetos a melhorar mencionados pelos enfermeiros que participaram neste estudo seria uma melhor gestão da *informação à família*. Já Sousa [et al.] (2011, p. 203) no seu estudo sobre as vivências em serviços de urgência faz esta recomendação referindo que:

“(...) um sistema de informação mais eficaz que possa “libertar” os profissionais para fazerem o seu trabalho com menos interferências dos acompanhantes; por exemplo, apresentando um ecrã com tempo de espera, realizando um briefng aos acompanhantes”.

Um dos enfermeiros que participaram no nosso estudo menciona que seria importante *envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência*.

A presença e a participação da família em contexto de sala de emergência, nos dias de hoje é muito discutido por se considerar que é um elemento fundamental no cuidado do doente em risco de vida, permitindo uma humanização nos cuidados em situação crítica (Saldaña [et al.], 2012).

Tal como refere Soares [et al.] (2016, p. 202) no seu estudo sobre a presença da família durante o atendimento emergencial,

“O principal motivo para desejar a presença da família na sala de emergência era a calma proporcionada à díade familiar-paciente uma vez que traria confiança e conforto ao paciente e permitiria ao familiar acompanhar a evolução do quadro clínico e ter maiores informações sobre o atendimento. Em última instância, isso favoreceria a maior satisfação com o serviço de saúde e a assistência prestada”.

Os mesmos autores (2006) admitiram que, ao estar presente na sala de emergência, a família teve um papel importante, especialmente no que se refere à proteção e ao apoio ao doente, o que lhe proporcionou conforto físico e emocional. Acrescenta ainda, que a presença da família na SE oferece também a possibilidade de receber informação valiosa em tempo adequado sobre a situação clínica do doente, podendo verificar continuamente o estado de saúde ajudando a que o familiar se sinta mais calmo.

Para Saldaña [et al.] (2012) a participação da família na SE não é só fundamental para a diminuição da ansiedade, mas essencial para aumentar a segurança dos procedimentos realizados, assim como na tomada de decisão.

Na mesma linha de pensamento, Gutiérrez (2015) menciona que existem benefícios para o doente, para a família e para os profissionais de saúde. Para o doente refere que a presença da família proporciona tranquilidade e favorece um melhor desempenho por parte dos profissionais de saúde, sendo também reconfortante para o doente quando são submetidos a procedimentos mais invasivos. Para os familiares menciona a diminuição da ansiedade, referem também que o fato de estarem presentes permitem entender melhor o que está a acontecer ao doente e por outro lado entender melhor o estado do seu familiar. Para os profissionais de saúde os aspetos benéficos estão relacionados com o aumento da confiança nos profissionais de saúde, uma vez que estão a ser testemunhas diretas do trabalho da equipa e que fazem tudo o possível para a recuperação do doente, podendo deste modo ajudar a melhorar a imagem dos enfermeiros. Menciona ainda que também permite questionar diretamente a família e obter rapidamente informações relativas ao doente.

Para finalizar, um dos enfermeiros entrevistados indica como uma sugestão *instruir sobre os deveres do acompanhante*. A Lei nº 33/ 2009 de 14 de julho, refere no seu artigo 4º, que “(...) o acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais do serviço” (2009, p. 4467).

Em suma, são vários os estudos realizados sobre a presença da família num contexto de serviço de urgência e que corroboram com dos resultados obtidos com o estudo que realizamos, sustentando a importância e benefícios da família num serviço de urgência e também as dificuldades e sugestões para os ultrapassar e deste modo melhorar a qualidade dos cuidados nomeadamente no que refere à família como um dos focos de atenção da nossa intervenção.

## **CAPÍTULO V**

---

### **CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS**

## CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Ao terminar este trabalho dita refletir sobre o percurso deste estudo, sustentando o quadro teórico os objetivos inicialmente delineados, a metodologia utilizada, os principais resultados obtidos, limitações e perspetivas futuras, para favorecer a presença da família num Serviço de Urgência.

Sendo a família uma unidade base da sociedade é também a unidade básica de saúde e doença.

A importância da presença da família junto dos doentes que recorrem a um serviço de urgência é hoje um direito consagrado na Lei portuguesa.

A família é parte integrante da unidade de cuidados num serviço de urgência. Assim, a evolução de um serviço de urgência passa também por melhorar as suas condições e a dinâmica do cuidar de modo a favorecer a presença da família, designadamente: adequar a estrutura física e a organização dos serviços de urgência, motivar/preparar os profissionais de saúde para estas mudanças, para assim se poder incorporar nas práticas, estratégias promotoras de envolvimento e da participação da família.

Este trabalho procurou conhecer a perceção dos enfermeiros e da família relativamente à presença da família num contexto de serviço de urgência. No enquadramento metodológico, as questões de investigação foram elaboradas para que pudéssemos analisar o significado atribuído à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência, identificar os benefícios e os aspetos desfavoráveis da presença da família do doente neste contexto, bem como encontrar sugestões para favorecer a presença dos mesmos.

Para irmos de encontro a estes objetivos, construímos o enquadramento teórico, tentando aprofundar conhecimentos sobre a família e o processo transição saúde-doença nos familiares e situar a demanda e o cuidar num serviço de urgência.

Para o efeito, realizamos um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, tendo selecionado para a recolha de dados a entrevista semiestruturada dirigida a enfermeiros e familiares eleitos para participarem no estudo.

Os dados obtidos e já apresentados e discutidos nos capítulos anteriores permitem-nos evidenciar as seguintes conclusões:

**Na voz da globalidade dos participantes a presença da família num contexto de Serviço de Urgência assume-se como importante e relevante e na sua perspetiva**

**são diversos os benefícios quer para o doente, quer para a própria família, mas também para os profissionais de saúde.**

Para os enfermeiros o significado atribuído à presença da família junto do doente no SU foi maioritariamente positivo, descrevendo como importante e uma mais-valia. No entanto, existiram algumas opiniões contrárias, ao expressarem que a presença da família significa são um entrave e provocam um sentimento de constrangimento.

Para os familiares o significado atribuído à presença da família num SU é igualmente positivo, sendo muito importante para eles permanecerem junto do doente. Referem também que, se sentiram-se satisfeitos ao observar que ao longo destes anos, se esta a valorizar, cada vez mais, a presença da família junto do doente que recorre a um SU. Por sua vez, só o fato de entrarem num serviço de urgência gera um sentimento desagradável, devido provavelmente ao estigma associado ao SU.

Relativamente aos benefícios direcionados para o doente, ambos os grupos de participantes consideram favorável estar junto do doente, uma vez que permite ao seu familiar sentir-se acompanhado, ter apoio emocional o que ajuda a diminuir a ansiedade do doente e acalma-lo. Para além destes aspetos, os enfermeiros entrevistados consideram que a presença da família pode favorecer a adesão terapêutica, e como tal contribuir para melhorar a situação clínica. Adicionam também que a presença da família faz com que o doente se sinta feliz e amparado.

Os benefícios direcionados para a família incidem sobretudo na obtenção de informação na opinião dos dois grupos. Os enfermeiros dão relevância também ao facto de a presença da família ajudar a perceber a evolução do doente. Já os familiares enumeram outros benefícios tais como: observar como o doente está a ser cuidado e ao mesmo tempo observar a qualidade nos cuidados, pedir ajuda e apoiar o doente no que careça.

No que concerne aos benefícios relacionados com os profissionais de saúde, estes foram referidos por ambos os grupos participantes e centram-se na vigilância do doente, uma vez que a estrutura física deste SU não é adequada para uma apropriada vigilância do doente, sendo deste modo, a família um veículo de informação importante para os profissionais de saúde, nomeadamente na eventualidade de suceder alguma alteração ao estado de saúde do doente. Foi ainda referido, o apoio nos cuidados ao doente (AVD'S), e o contributo para colheita de dados – avaliação inicial, na perspetiva dos enfermeiros. Sem dúvida, são os familiares que melhor conhecem o doente. E o facto de estarem presentes proporcionam ao enfermeiro uma melhor qualidade de cuidados, podendo este realizar e incluí-lo nos ensinamentos para a capacitação e recuperação do doente.

**Emergiram ainda neste estudo os aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência e que estão associados às condições do serviço (estrutura física e tempo de espera), à família (gerar ansiedade, gerar conflito, familiar não ser significativo) e aos profissionais de saúde (dificuldade na concentração/planeamento do trabalho, interrupções constantes na atividade do enfermeiro, falta de colaboração nos cuidados ao doente, sobrecarga de trabalho, inexistência de um familiar de referência, entreve, comunicação com a família).**

Ambos os grupos participantes apontam como aspeto desfavorável a estrutura física do serviço. Mencionam que a falta de espaço é evidente, as macas nos corredores e a falta de cadeiras para poderem descansar. Os profissionais referem que a estrutura física já não se adequa ao atual fluxo de doentes. Para a família a maioria dos entrevistados não referem aspetos desfavoráveis. Existe um grupo minoritário em que alegam o tempo de espera como um aspeto desfavorável.

Os aspetos desfavoráveis relacionados com a família foram mencionados unicamente pelos enfermeiros. Para estes a presença da família junto do doente num SU pode gerar ansiedade no doente, sobretudo se o familiar não for significado e/ou que não demonstre interesse, e se for gerador de conflito.

Emergiu ainda expresso pelos dois grupos de participantes que a presença da família se pode constituir como um entrave. Os enfermeiros referem ainda que a presença da família pode interferir na concentração/ planeamento do trabalho devido às interrupções constantes na atividade do enfermeiro, a falta de colaboração, a inexistência de um familiar de referência e a sobrecarga de trabalho. A comunicação com a família para além de ser um aspeto fundamental para a qualidade de cuidados este aparece como um fator desfavorável no sentido em que não se estabelece uma comunicação eficaz e eficiente.

**Dos discursos dos participantes emergiram sugestões que na perspetiva dos mesmos podem favorecer a presença da família do doente num contexto de Serviço de Urgência e que se situam a nível dos recursos humanos, a nível dos recursos materiais e a nível familiar.**

A nível de recursos humanos, ambos os grupos dos participantes entrevistados expuseram que deveria haver um aumento de rácios dos profissionais de saúde de modo a melhorar a atenção a prestar não só ao doente, mas também à família. Já os enfermeiros mencionaram que seria interessante apostar na formação contínua dos profissionais de saúde, deste modo, poderá despertar a sensibilidade por parte dos enfermeiros, perceber a importância e qual é o papel da presença da família num SU.

Por outro lado, as sugestões referidas a nível dos recursos humanos, ambos os grupos participantes mencionam que as condições físicas do serviço merecem ser reestruturadas, como a própria legislação contempla. Os enfermeiros sugerem que deveria existir uma alteração dos horários de visitas e dever-se-ia otimizar as condições de segurança do SU.

Por fim a nível familiar, apenas os enfermeiros referiram sugestões para favorecer a presença da família, sendo estas: oferecer alternativas para que os familiares possuem informação sobre o estado de saúde do doente mais corretamente e em tempos adequados, envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência e por último instruir os familiares sobre os deveres do acompanhante.

É primordial lembrar que estudos desta natureza, em que se deslumbra uma realidade assistencial, têm benefícios extensivos à própria equipa de saúde e à instituição investigada, na medida em que fornece indícios para melhor compreender as expectativas e necessidades dos enfermeiros e da família, contribuindo deste modo, para delinear estratégias promotoras de uma melhor qualidade de cuidados às pessoas envolvidas neste processo de transição saúde/doença. Assim, seria importante desenvolver a nível da prática dos cuidados:

- Reuniões frequentes da equipa de enfermagem para estimular a reflexão e a discussão sobre esta temática e transformar a prática da enfermagem no SU;
- Ações de formação relativamente a temáticas como comunicação/relações interpessoais com o doente/família e equipa, gestão de conflitos.

A nível da investigação:

- Realizar outros estudos, sobre a temática, noutros contextos e com recursos a outras estratégias de recolha de dados, como por exemplo a observação direta e da relação entre familiar - doente, familiar - enfermeiro e doente - enfermeiro.
- Investigar a perspetiva dos diversos profissionais de saúde, como a opinião dos médicos e dos auxiliares de ação médica face à problemática analisada, complementando a visão obtida pelo presente estudo como a sua confrontação com o ponto de vista dos restantes intervenientes, enriquecendo posteriores sugestões de melhoria.

Para dar a conhecer este estudo, e de forma a dar-lhe a utilidade prática que permita a evolução e melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, é intenção da investigadora divulgar os resultados no local onde foi realizado e colocá-lo à disposição dos profissionais de saúde.

Através da pesquisa e investigação científica, encontramos meios e estratégias que nos permitam olhar criticamente para a nossa realidade, identificando lacunas e caminhos de mudança. Como profissionais de saúde devemos perceber a necessidade de permanecermos constantemente atualizados, somando à nossa profissão saberes que nos ajudem a ampliar a nossa visão sobre o cuidado e o ser cuidado, tentando compreender as suas ações e reações dentro de cada contexto e sobretudo estarmos sensíveis à presença da família.

Ainda que se reconheça que o estudo efetuado evidenciou a importância e a pertinência de conhecer qual a perspetiva dos enfermeiros e da família num contexto de serviço de urgência, importa salientar as limitações que o caracterizam enquanto estudo científico e que deverão ser tidas em consideração na realização de futuros trabalhos, para assim dar continuidade ao caminho iniciado.

Como todos os estudos existem limitações, neste caso estas associaram-se sobretudo à inexperiência do investigador e à disponibilidade de tempo. E ainda, com o próprio contexto do estudo que não foi favorecedor para complementar a recolha de dados com outras estratégias de recolha de dados, como por exemplo, a observação direta.

Apesar destas limitações referidas acreditamos que os objetivos do estudo foram atingidos na sua totalidade, e com contributos para a prática clínica e para a investigação e mesmo para a formação.

Aspira-se, no final, que este trabalho possa contribuir, de alguma forma, para sensibilizar os profissionais para uma mudança de atitude a este nível e para a necessidade de introduzir as mudanças necessárias nos contextos, de modo a favorecer e envolver a presença da família num contexto de serviço de urgência. Assim no nosso entender este estudo reveste-se de interesse para o serviço e para a própria instituição, pois terá como fim último, uma melhor qualidade de cuidados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – **Recomendações técnicas para Serviços de Urgência**. [Em linha]. Lisboa: 2015. [Consultado 5 de mar. 2019]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Urgencias\\_11\\_2015.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf)>.

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação**. 4ª ed. Braga: Psiquilibrios, 2007. ISBN 978-97297-388-52.

ALMEIDA, Paulo; PIRES, Denise – O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista eletrónica de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 9, nº 3 (2007), p. 617-629. [Consultado 19 dez. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf)>.

ANDRADE, Oséias; MARCOM, Sónia; SILVA, Doris – Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 18, nº 2 (1997), p. 123-132.

AUSLOOS, Guy – **A competência das famílias: tempo, caos, processo**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 9789727961023.

BAGAGEM, Maria da Purificação – **A família e a saúde mental**. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-58-5.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2018. ISBN 978-972-44-1506-2.

BARRERA, Francisco [et al.] – Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de futuro. **Revista Chilena de Pediatría**. Santiago. ISSN 0370-4106. Vol. 78, nº 1 (2007), p. 85-94.

BATISTA, Marco Job [et al.] – Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 2182.2883. Nº 13 (2017), p. 83-92.

BEZERRA, Firmino [et al.] – Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. **Revista eletrónica trimestral de Enfermagem**. [Em linha]. Nº 32 (2013), p. 270-279. [Consultado 19 nov. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf)>.

BISHOP, Sarah [et al.] – Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing change. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol. 33, nº 1 (2013), p. 14-24. [Consultado 8 maio 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/1/14.full.pdf+html>>.

BLACK, Joyce; JACOBS, Ester – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1996. ISSN 85-277-03467.

BOLANDER, Verolyn – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISSN 972-96610-6-5.

CABRAL, Roque – Ética e Família. **Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética**. Coimbra. ISSN 1646-8082. Nº 33 (2003), p. 44-46.

CAMPOS, Luís – **Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. DGS: Plano nacional 2012-2016**. Lisboa: DGS, 2014.

CARPENTER, Dona – Método fenomenológico. In STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Mónica – **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 9788573078336.

CERQUEIRA, Maria Manuela – **A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento**. Lisboa: Universidade Lisboa Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento.

COLLIÈRE, Marie Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7.

COLOGNESE, Elizete – **A inclusão do familiar em situação de urgência e emergência sustentada no discurso do sujeito coletivo**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 978-989-8444-35-6.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e ação**. Genebra: CIE, 2006. ISBN 1646- 2629.

COSTA, Abraham; ARAÚJO, Daísy; BARROS Wanessa – O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar. **XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**. [Em linha]. (2009), p. 1-4. [Consultado 25 abr. 2019]. Disponível na WWW: <URL:

[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/RE\\_0047\\_0182\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0047_0182_01.pdf)>.

COSTA, Maria – **Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados**. Lisboa: Fim de Século, 1998. ISBN 972-754-125-9.

CRUZ, Raul [et al.] – Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 1518-8345. Vol. 25 (2017), p. 1-8.

DESPACHO nº 10319/2014 **DR 2ª Série**. 153 (2014/08/11) (20673-20678).

DESPACHO nº 18459/2006 **DR 2ª série**. 176 (2006/09/12) (18611-18612).

DESPACHO normativo nº 11/2002 **DR I Série B**. 55 (2002/03/06) (1865-1866).

DIAS, Maria – Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**. [Em linha]. Nº 19 (2011), p. 139-156. [Consultado 6 maio. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19\\_139.pdf](http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf)>.

DIBAI, Márcia; CADE, Nágela – O Acompanhante na Instituição Hospitalar na Perspetiva de Profissionais da Saúde. **Revista Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. Nº 17 (2009), p. 86-90.

ELSEN, Ingrid; ALTHOFF, Coleta; MANFRINI, Gisele – Saúde da família: desafios teóricos. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba. ISSN 1517-6533. Vol. 3, nº 2 (2001), p. 89-97.

FERREIRA, Raquel; GOMES, João; MARTINS, Cristina – **Um (novo) cuidar: os acompanhantes no serviço de urgência**. Braga: Universidade do Minho, 2016. Poster apresentado no I Congresso de Enfermagem da José de Mello.

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 9789-8980-751-85.

FRANCO, Paula; MARTNS, Catarina – A visita de familiares ao doente internado no HESE. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 142 (2000), p. 34-36.

FUENTE, Ana Maria; BELVER, Manuel – **Los Niños en los hospitales: espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil**. Salamanca: Témpora, 2005. ISBN 84-95906-74-0.

GALINDO, Renata [et al.] - Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Nº 46 (2012), p. 420-427.

GALINHA, Florinda; RIBEIRO, Teresa; PINTO, Joana – Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In RIBEIRO, Maria Teresa; MATOS, Paulo; PINTO, Helena – **Mediação familiar: contributos de investigações realizadas em Portugal**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 978-972-54-0417-1. p. 160-177.

GAMEIRO, Manuel Henriques – **Sufrimento na doença**. Coimbra: Quarteto, 1999. ISBN 972-8535-06-6.

GIL, António Carlos – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. ISBN 85-224-2270-2.

GIMENO, Adelina – **A Família: O Desafio da Diversidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 9789727715961.

GUERRA, Marina; LIMA, Lúcia – **Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-161-4.

GUERREIRO, Maria – Estruturas familiares e contextos sociais. In REBELO, Luis – **A família em medicina geral e familiar**. Coimbra: Editora Verlaag, 2011. ISBN 978-642-193-9.

GUTIÉRREZ, José – La presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar: Revisión Bibliográfica. **CiberRevista**. Sevilha. ISSN 1579-5527. Nº 44 (2015), p. 1-10.

HANSON, Shirley – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HOFFMANN, Ana [et al.] – A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre teoria e a prática no quotidiano dos profissionais de saúde. **Revista Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba. ISSN 1517-6533. Vol. 7, nº 1 (2005), p. 75-88.

HOWARD, Patrícia; STEINMANN, Rebecca – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 6ª ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2010. ISBN 9789728930639.

HULLEY, Stephen [et al.] – **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 9788-5363-136-10.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estatísticas Demográficas 2017**. Lisboa: INE, I.P., 2018. ISBN 0377-2284.

LAUTERT, Liana; ECHER, Isabel; UNICOVSKY, Margarita – O acompanhamento do Paciente Adulto Hospitalizado. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (1998) p. 118-132. [Consultado fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4202>>.

LEI nº 15/2014 **DR 1ª Série**. 57 (2014/03/21) (2127-2131).

LEI nº 23/2010 **DR Série I**. 168 (2010/08/30) (3764-3768).

LEI nº 33/2009 **DR 1ª Série**. 134 (2009/07/14) (4467).

LEI nº134/2009 **DR 1ª Série**. 106 (2009/07/14) (3452-3454).

LEI nº156/2015 **DR 1ª série**. 181 (2015/09/16) (8059-8105).

MACHADO, Pedro – **Transporte de doentes críticos: vivências dos enfermeiros do serviço de urgência**. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. 2010. Tese de Licenciatura.

MACIEL, Márcia; SOUZA, Mariana - Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente. **Ata Paulista de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2006), p. 138-143. [Consultado 10 fev. 2019]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)>.

MAGID, David; ASPLIN, Brent; WEARS, Robert - The quality gap: Searching for the consequences of Emergency Department crowding. **Annals of emergency medicine**. [Em linha]. Nº44 (2004), p.586-588. [Consultado 5 maio 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2004.07.449>>.

MARTINS, Maria Manuela – **Uma crise acidental na família: O doente com AVC**. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 978972848506

MELEIS, Afaf – **Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova Iorque: Springer Publishing, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELO, Maria da Luz – **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-86-X.

MEZOMO, João – **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.

NUNES, Lucília – Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e pessoal e discursos de acessibilidade. **Salutis Scientia Revista de ciência da saúde da ESSCVP**. Setúbal. ISSN 2183-4253. Vol. 3 (2011). p. 1-8.

OLIVEIRA, Fabiana [et al.] - A Perceção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 60 (2003), p. 37-42.

OLIVEIRA, Jacinto – A excelência do exercício: perspetiva do conselho diretivo. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 15 (2004), p. 31-38.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer nº 74/2017 A presença de familiar durante a prestação de cuidados de Enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: O.E., 2017. [Consultado 29 maio 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4801/ce\\_parecer74\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4801/ce_parecer74_anonimizado.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. [Em linha]. Lisboa: O.E., 2011. [Consultado 29 maio 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: O.E., 2006. [Consultado 29 abril 2018] Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)>.

OSÓRIO, Luís Carlos – **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN 9788573072051.

PATRICK, V. – Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In HOWARD, Patrícia e STEINMANN, Rebecca – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9.

PAÚL, Constança [et al.] – **Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado**. Porto Afrontamento, 1999. ISSN 972-36-0477-9

PEPLAU, Hildegard – **Relaciones interpersonales en enfermería**. Barcelona: Editorial Masson. 1992. ISBN 9788445801468.

PERLINI, Nara; PILATTO, Maria – Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Em linha]. Vol.10, nº 3 (2008), p. 721-732. [Consultado 2 mar. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a18.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a18.pdf)>.

PIAS, M. S. – Ansiedade e Stress na Família do Doente em Estado Crítico. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8874. Nº 81 (2008), p. 11-15.

PINHO, Leandro; KANTORSKI, Luciane – Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciencia y Enfermeria**. [Em linha]. Vol. X, nº 1 (2004), p. 67-77. [Consultado em 16 maio. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art08.pdf>>.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 8573079843.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde – **Rede de referência hospitalar de urgência/emergência**. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-99-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde – **Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU)**. Lisboa: DGS, 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde – **Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2000. [Consultado 22 fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-4dsps-de-28012000.aspx>>.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Edição Gradiva, 2017. ISBN 978-972-662-275-8.

REGULAMENTO nº 429/2018 **DR 2ª série**. 135 (2018/07/16) (19359-19370).

REGULAMENTO nº122/2011 **DR II Série**. 35 (2011/02/18) (8648-8653).

RELVAS, Ana Paula – **O ciclo vital da família: perspetiva sistémica**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2006. ISBN 972-36-0238-5.

REVELES, Anaísa [et al.] – Acolhimento do doente e família no serviço de urgência. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 104 (2012), p. 20-26.

RIBEIRO, José – **Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde**. 3º ed. Lisboa: Edição Legis Editora, 2010. ISBN 9789898148469.

ROMÃO, Consuelo [et al.] – O acompanhante hospitalar: relações com a equipe de saúde e a intervenção do Serviço Social. **XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**. [Em linha]. (2010), p. 1-5. [Consultado 25 junho 2018]. Disponível na URL: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anaais/arquivos/0061\\_0016\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anaais/arquivos/0061_0016_01.pdf)

SÁ, Florinda; BOTELHO, Maria; HENRIQUES, Maria – Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 19, nº 19 (2015), p. 32-46. [Consultado 5 junho 2018]. Disponível na WWW: <URL: [http://pensarenfermagem.esel.pt/fles/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/fles/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)>.

SAIOTE, Elisabete – **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos**. Lisboa: [s.n.], 2010. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença apresentado no Instituto Universitário de Lisboa.

SALDAÑA, Diana [et al.] – Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. **Investigacion en Enfermagem**. [Em linha]. Nº14 (2012), p. 77-92. [Consultado 3 jun. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/3179>>.

SERRA, Adriano – **O stress na vida de todos os dias**. 3ª ed. Coimbra: Edição do autor, 2007. ISBN 978-972-95003-2-9.

SHIOTSU, Célia; TAKAHASHI, Regina – O Acompanhante na Instituição Hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol.34, nº1 (2000), p. 99-107.

SILVA, Lúcia; BOCCHI, Sílvia; BOUSSO, Regina – O Papel da Solidariedade Desempenhado por Familiares Visitantes e Acompanhantes de Adultos e Idosos Hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Nº 17 (2008) p. 297-303.

SILVA, Maria – **O direito à privacidade do doente no serviço de urgência**. Porto: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado em Bioética apresentado na Faculdade de Medicina.

SILVA, Maria; AVELAR, Maria – O Acompanhante do Paciente Adulto Hospitalizado: percepção dos enfermeiros uma abordagem qualitativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 1983-1447. Vol.6, nº 3 (2007), p. 1-19.



SOARES, Rubio [et al.] – Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. **Aquichan**. Colombia. ISSN 1657-5997. Vol. 16, nº 2 (2016), p. 193-204.

SOUSA, Ermelinda; ANDRADE, Salema – Opinião de doentes e enfermeiros acerca de visitas aos doentes hospitalizados. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 4 (2000), p. 39-45.

SOUSA, Liliana [et al.] - Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. **Saúde Sociedade**. São Paulo. ISSN 0104-1290. Vol. 20, nº1 (2011) p. 195-206.

SOUSA, Maria; BAPTISTA, Cristina – **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios**. 5ª ed. Lisboa: Editora Pactor, 2014. ISBN 978-989-693-001-1.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet – **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5.

SZARESKI, Charline [et al.] – O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 1983-1447. Nº 31 (2010), p. 715-722.

TRIGUEIROS, A.; SANTOS, N. – Doença e Família. In: SAMPAIO, D. e RESSINDA, T. - **Família: Saúde e Doença**. Lisboa: Instituto da Clínica geral da zona sul, 1994.

UNIDADE LOCAL SAÚDE ALTO MINHO – **Plano de atividades 2014**. Disponível na ULSAM: [s.n.], 2014.

VASCONCELOS, Mirna; SELOW, Marcela – Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. **Vitrine Produção Acadêmica**. [Em linha]. Vol. 4, nº 2 (2016). p. 205-220. [Consultado 5 mar. 2019]. Disponível na WWW:

<URL:<http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/download/222/223>>.

VILELAS, José – **Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. ISBN: 9789726185574.



WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen – **Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2012. ISBN 9788541200035.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

---

Autorização do Conselho de Administração da instituição à  
solicitação de realização do estudo

	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 69/2018 -CES</b>	 Pág. 1 de 2
---	--	---

## Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº122 de 04/10/2018</p> <p><b>Assunto:</b> A presença da família/pessoa significativa num contexto de Serviço de Urgência</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es): Rafaela Amorim Matos Orientação: Prof Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo</p>
--	---

### 1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Identificar o significado atribuído à presença dos familiares /pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência; identificar os aspetos facilitadores e os dificultadores da presença dos familiares /pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência

### 2. Fundamentação

No âmbito dos cuidados de saúde em Portugal os serviços de urgência continuam a ser a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde

O direito ao acompanhamento nos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde está legalmente reconhecido em Portugal por decreto-lei.

No entanto está consagrado na lei que existem situações que, pela natureza podem comprometer a ação dos profissionais de Saúde

Parece ser consensual que este acompanhamento é vantajoso para os doentes e seus familiares/pessoa significativa. E para os profissionais de saúde qual será a sua perspetiva?

No sentido de obter resposta a esta questão será realizado o presente estudo de investigação

Os dados serão recolhidos por entrevista semiestruturada utilizando guião de entrevista.

Será salvaguardada a confidencialidade, o anonimato dos participantes e a participação voluntária.

### 3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de parecer favorável à sua realização.

**Nota:** Referências bibliográficas:

Foi dada indicação de referências bibliográficas.



Relator(es)	António Rodrigues
Ratificado em reunião do dia	20/11/2018
Enviado parecer:	

20/11/2018 O Presidente da CES

  
ANTÓNIO RODRIGUES, DR  
PRESIDENTE DA CES

  
Rosário Barros  
Enfermeira Diretora

*Declaro receber o Relatório final do estudo*



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

Exmo. Senhor

Dr. Franklin Ramos

Presidente do Conselho de Administração da Unidade

Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.

Estrada de Santa Luzia

4901 – 858 Viana do Castelo

**Assunto:** Autorização para realização de estudo de investigação

No âmbito da Unidade Curricular Dissertação/Estágio de Natureza Profissional/Trabalho de Projeto, estudante do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende realizar um estudo de investigação no Serviço de Urgência subordinado ao tema “A presença da família/pessoa significativa num contexto de Serviço de Urgência”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira

O estudo tem como objetivos: Identificar o significado atribuído à presença dos familiares/ pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência; identificar os aspetos facilitadores e os aspetos dificultadores da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência e analisar os contributos da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.

A recolha de dados será efetuada através da entrevista semiestruturada, cujo guião segue em anexo.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que o princípio da confidencialidade será salvaguardado e que não haverá prejuízo para o normal funcionamento dos serviços. Os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que terminado o estudo e esta os solicite.

Com os melhores cumprimentos,

A mestrandia

Rafaela Amorim Matos  
(Rafaela Amorim Matos)



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

## **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Maria Aurora Gonçalves Pereira, professora coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, doutora em Ciências da Educação pela Universidade do Porto e mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, declara que é orientadora do trabalho de investigação “A presença da família/pessoa significativa num contexto de Serviço de Urgência” a realizar pela estudante Rafaela Amorim Matos, do V Curso de Mestrado em Enfermagem Medico- Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 1 de outubro de 2018

Maria Aurora Gonçalves Pereira  
(Prof. Coordenador)



## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1**

---

Instrumento de Colheita de Dados  
(Guião da entrevista)

## GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

I Parte – Acolhimento	
<b>Objetivo:</b> Informar o participante	Identificação do investigador; Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; Garantir a confidencialidade e anonimato; Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<b>Objetivo:</b> Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idade-----</li> <li>▪ Género                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feminino</li> <li>○ Masculino</li> </ul> </li> <li>▪ Formação académica                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Licenciatura</li> <li>○ Especialidade_____</li> <li>○ Mestrado em_____</li> <li>○ Doutoramento em _____</li> <li>○ Outra_____</li> </ul> </li> <li>▪ Experiência profissional (anos) _____</li> <li>▪ Experiência profissional no serviço (anos) _____</li> </ul>

<b>III Parte – Objetivos/questões orientadoras</b>	
<b>Objetivos Específicos:</b>	<b>Questões orientadoras</b>
Identificar o significado atribuído à presença dos familiares/ pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência	Quer falar da sua experiência sobre a presença dos familiares/ pessoa significativa do doente no Serviço de Urgência?  O que significa para si?
- Identificar os aspetos facilitadores da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais são os aspetos facilitadores da presença dos familiares/pessoa significativa junto do doente no Serviço de Urgência?
- Identificar os aspetos dificultadores da presença dos familiares/ pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais são os aspetos dificultadores da presença dos familiares/ pessoa significativa junto do doente no Serviço de Urgência?
- Analisar os contributos da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais os contributos da presença dos familiares/pessoa significativa do doente no Serviço de Urgência?
	- Que sugestões daria para melhorar a presença dos familiares/ pessoa significativa do doente no serviço de urgência?

<b>IV Parte – Fecho da Entrevista</b>
<p>Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo;</p> <p>Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;</p> <p>Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.</p>

## GUIÃO DA ENTREVISTA AOS FAMILIARES/PESSOAS SIGNIFICATIVA

I Parte - Acolhimento	
<b>Objetivo:</b> Informar o participante	Identificação do investigador; Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; Garantir a confidencialidade e anonimato; Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<b>Objetivo:</b> Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idade-----</li> <li>▪ Género                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feminino</li> <li>○ Masculino</li> </ul> </li> <li>▪ Habilitações académicas_____</li> <li>▪ Atividade profissional_____</li> <li>▪ Grau de parentesco_____</li> <li>▪ Proveniência                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meio rural</li> <li>○ Cidade</li> </ul> </li> </ul>

III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões orientadoras
Identificar o significado atribuído à presença dos familiares/ pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência	Quer falar da sua experiência sobre a sua presença junto do seu familiar/ pessoa significativa no Serviço de Urgência?  O que significa para si?
- Identificar os aspetos facilitadores da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais são os aspetos facilitadores da presença dos familiares/pessoa significativa junto do doente no Serviço de Urgência?
- Identificar os aspetos dificultadores da presença dos familiares/ pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais são os aspetos dificultadores da presença dos familiares/ pessoa significativa junto do doente no Serviço de Urgência?
- Analisar os contributos da presença dos familiares/pessoa significativa do doente num contexto de Serviço de Urgência.	- Quais os contributos da presença dos familiares/pessoa significativa junto do doente no Serviço de Urgência?
	- Que sugestões daria para melhorar a presença dos familiares/ pessoa significativa do doente no serviço de urgência?

IV Parte – Fecho da Entrevista
<p>Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo;</p> <p>Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;</p> <p>Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.</p>

## **Apêndice 2**

---

### Declaração de consentimento informado

### **Declaração de Consentimento Informado**

Eu, abaixo assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do presente estudo de investigação centrado na temática “A presença da família/ pessoa significativa num contexto de Serviço de Urgência”, elaborado por uma estudante que frequenta o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Fui devidamente esclarecido sobre a finalidade do projeto, assim como da forma como vou integrar o referido estudo e as vantagens e desvantagens do mesmo.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo resultante.

Entendo ainda, que toda a informação obtida neste estudo será confidencial, respeitando o princípio do anonimato, salvaguardando os meus dados pessoais, a menos que o autorize por escrito.

Autorizo a gravação da entrevista, assim como aceito responder a todas as questões que me forem colocadas, com a possibilidade de suspender a entrevista, sem que esta decisão acarrete prejuízos para mim, podendo a qualquer momento colocar questões que julgue necessárias.

Assino o presente consentimento informado, concomitantemente com o responsável pela investigação.

*Assinatura do participante:* \_\_\_\_\_

*Assinatura do responsável pela entrevista:* \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_



## **Apêndice 3**

---

Codificação das entrevistas  
(Áreas temáticas, categorias e subcategorias)

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades De Registo
Significado atribuído à presença da família num Serviço de Urgência	Positivos	Importante	<p>“Eu sou a favor da presença dos familiares significativos relativamente ao doente no serviço de urgência (...)” E1</p> <p>“O acompanhamento dos doentes é importante (...)” E3</p> <p>“(...) o facto de cada doente poder ter um familiar ao seu lado já é muito bom (...) pessoalmente gosto de ter os familiares à “beirinha” do doente (...) acho que é bom para as três partes doente, familiar e profissional (...)” E4</p> <p>“Para mim significa muito estar a acompanhar (...) quando estão sozinhos o que eu penso é como se fosse um abandono (...)” F1</p> <p>“(...) estar aqui ao seu lado a apoiá-la, são estas pequenas coisas que para mim têm importância.” F1</p> <p>“E para o meu marido é muito importante que eu esteja com ele.” F4</p> <p>“Para mim o que tem importância é que saia daqui com a sensação que a minha mãe neste caso específico foi bem atendida, bem diagnosticada e que fique bem.” F8</p>
		Mais-Valia	<p>“(...) a família é uma mais-valia, inclui-la e estar presente (...)” E2</p> <p>“(...) se nós incluirmos a família e explicar-lhes tudo direitinho, acabam sempre de ser um aliado.” E4</p> <p>“(...) para o utente a presença do familiar muitas das vezes é uma mais valia (...)” E6</p> <p>A presença da família é “(...) uma mais-valia e neste momento (...) e faz todo o sentido.” E7</p> <p>“(...) é uma mais-valia em todos os aspetos.” E7</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

			“Os familiares na urgência são uma mais valia na colheita de informação (...) na prestação de cuidados e no auxílio do familiar (...)” E8
		Reconfortante	<p>“(...) estou a acompanhá-lo e estou a gostar (...)” F1</p> <p>“(...) uma coisa boa (...)” F2</p> <p>“O poder estar com ela já é uma coisa boa, deixar-me entrar para estar com ela (...)” F3</p> <p>“Para o doente é muito bom o familiar poder estar (...)” F3</p> <p>“Está a ser bom, estou sempre ao lado dele, sou uma presença (...) é muito bom.” F5</p> <p>“O poder estar cá dentro é bom, essa parte eu gostei, eu achei que ia chegar aqui e não ia poder entrar (...) dá sempre um bocado de apoio (...)” F7</p> <p>“(...) estar cá dentro, para quem acompanha é bom porque podemos visualizar e acompanhar o que se está a passar, e também porque apoia o doente (...) para o familiar também é reconfortante (...)” F8</p>
		Mais valorizado	<p>“(...) agora dão mais valor ao acompanhamento, acho que há uns anos atrás não davam esse valor. (...) não eram tão eficazes como agora” F1</p> <p>“Antigamente também só se podia acompanhar as crianças os menores, eu sou contra acho que seja novo de meio idade acho que toda a gente deve ter uma oportunidade de ter uma pessoa por perto.” F1</p>
	Negativos	Entrave	<p>“(...) são um entrave (...)” E2</p> <p>“(...) não facilitam... estorvam (...)” E2</p> <p>“(...) muitas vezes atrapalham o nosso trabalho (...)” E5</p> <p>“(...) se não agirem corretamente são um estorvo.” E6</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

		Desagradável	“Acho que nunca é bom estar numa urgência do hospital.” F3
		Constrangedor	“(…) em vez de serem facilitadores muitas vezes são constrangedoras (…)” E2
Benefícios atribuídos à presença da família num serviço de urgência	Para o doente	Sentir-se acompanhado	<p>“(…) o doente sentir-se acompanhado (…)” E3</p> <p>“(…) é uma companhia que têm enquanto estão à espera (…)” E6</p> <p>“(…) o doente primeiro não está só (…)” E7</p> <p>“(…) é sentir ali uma companhia de alguém que gosta dele, um apoio, de não dizer que estou aqui sozinho (…)” F1</p> <p>“(…) sentir-se mais acompanhada, mais protegida, tem a mãe para a ajuda-la (…)” F3</p> <p>“(…) é o fato de nós poder-nos acompanhar de perto, falarmos com os profissionais de saúde que os acompanham e tentar perceber dentro das nossas limitações (…)</p> <p>o que se passa (…)” F8</p> <p>“(…) é o fato desta permissão de que alguém os acompanha cá dentro.” F8</p>
		Melhorar a situação clínica	<p>“O próprio doente se tiver alguém por perto até melhora mais rápido.” F1</p> <p>“(…) dizer mantém a calma, está tudo bem, não stresses, relaxa, acho que isso é muito bom, ajuda o próprio doente a estabilizar (…)” F3</p> <p>“(…) o fato de estar presente eles já ficam melhor (…)” F5</p>
		Acalmar o doente	<p>“(…) acalmar numa situação de stress (…)” E4</p> <p>“(…) o doente fica mais calmo por a presença de um conhecido em situação de urgência é mais facilitadora (…)” E5</p> <p>“(…) o doente ficar mais calmo mais sossegado, consegues gerar, ali de uma certa maneira alguma estabilidade no doente.” E8</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

			“Para o meu marido (...) quando tem alguém por perto (...) sente-se mais tranquilo.” F4
		Favorecer a adesão terapêutica	“(…) ajudar com que o utente nos diga que sim ao tratamento (…)” E1
		Sentir-se amparado	“(…) sente-se amparada porque tem a mãe ao lado.” F3
		Sentir-se feliz	“Para o meu marido fica mais feliz quando tem alguém por perto (…)” F4 “(…) fica feliz, ele fica feliz com a presença da família.” F4 “(…) fica todo contente por estar aqui (…)” F6
		Diminuir a ansiedade	“(…) percebo a ansiedade das pessoas (…)” E5 “(…) pode ajudar (…) a controlar a ansiedade do doente.” E7 Ajuda a “(…) controlar a ansiedade do doente (…)” E8 “(…) um familiar fora do serviço de urgência (…) gera ansiedade (…) quer para o doente quer para a família.” E8 “(…) estou a dar apoio (…) e a diminuir-lhe a ansiedade (…)” F3
		Dar apoio emocional	“(…) é ótimo ter alguém que ele conheça (…) para lhe dar a mão, para lhe dar apoio (…)” E4 “(…) sente-se mais protegida está mais á vontade se o médico ou o enfermeiro tiver de falar com ela, a mãe esta ali para dar uma ajudinha, acho que é bom.” F3 “(…) se ficarem sozinhos ficam mais preocupados, acho que estando alguém á beira ficam mais protegidos.” F5

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

		Proporcionar conforto	“(…) eu acho que para os familiares e para os doentes (…) tem sempre os seus benefícios (…) mais para o doente porque é aquele “porto de abrigo” é o conforto.” E8
	Para o familiar	Perceber a evolução do doente	“(…) perceber da doença que o doente tem nesse momento e dos cuidados que deve ter posteriormente no domicílio (…)” E3 “(…) perceber que as coisas estão a ser feitas (…) estão a evoluir (..) que está bem ou mal (…) está a ser observado, avaliado e está a ser cuidado.” E4 “(…) sabem como as coisas estão a acontecer (…)” E5
		Observar como o doente está a ser cuidado	“É bom que nos deixem entrar porque é assim se a gente estiver por perto também vemos o que os enfermeiros, e a equipa médica fazem aos nossos doentes.” F1 “Sinto-me mais á vontade e vejo como ele está a evoluir.” (...) “Se está bem se está mal e assim vejo com os meus olhos se ele está melhor ou não.” F4 Pode-se “(...) aperceber o que se está a passar como a pessoa, se está a ser tratada (...)” F8 “(…) acompanhar segundo a segundo até ao diagnostico final.” F8
		Pedir ajuda	“(…) se nos deixam entrar é porque eles também vêm que a nossa presença por vezes faz falta.” F1 “(…) qualquer coisa que ele precisasse eu estava ali para pedir, pedir á médica pedir ao enfermeiro, para ajudá-lo.” F5
		Obter informação do doente	“(…) levar alguma informação para que pudesse haver um restabelecimento mais rápido do doente no domicílio.” E3 “(…) sentir-se informado (...) conseguir ter de perto, visualizar, poder avaliar algumas situações (...) e poder (...) compreender a situação.” E6

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

			“(…) se tiver um acompanhante, a gente pergunta se o exame já veio que tal correu e recebemos essa informação (…)” F1
		Apoiar o doente	“(…) porque estou com ele (…)” F2 “(…) o fato de estar com ela (…)” F5 “(…) dar um bocadinho de apoio, uma mãe, irmão qualquer pessoa, um amigo, desde que seja uma pessoa chegada, é muito bom (…)” F7
		Observar a qualidade nos cuidados	“(…) gosto de vir às urgências de (…), sou bem tratado e respeitado e bem atendido.” F2 “(…) fui bem atendida as pessoas foram simpáticas e isso também ajuda.” F4 “(…) o nosso familiar ou a pessoa que nós acompanhamos seja bem atendido, saia daqui com um diagnostico real, correto e que as coisas corram o melhor possível.” F8 “(…) aparentemente tem tido sido feito de uma forma correta, organizada, demorada, mas dentro do possível tem corrido dentro do normal.” F8 “(…) sentir-nos que estamos mais próximo do serviço e das pessoas que nos ajudam, que nos estão a ajudar em termos de saúde.” F8
	Para os profissionais de saúde	Vigilância do doente	“(…) pedir a colaboração (…) se notar que o seu familiar ficar mais sonolento, mais adormecido ou mais agitado (…)” E1 “(…) recomendações dos profissionais (…) de (…) sinais e sintomas que deveriam estarem alerta no domicílio (…)” E3 “(…) a vigiar aquilo que nós não conseguimos vigiar.” E4 “(…) a vigilância do utente (…) a (…) infraestrutura do serviço não proporciona uma vigilância de todos os doentes (…) há paredes, cortinas tudo a separar, e isso criam

			<p>barreiras que nos dificultam na vigilância dos doentes” E6</p> <p>“(…) o familiar acaba por ser um bocado os nossos olhos (…) temos muitos doentes em determinadas áreas no corredor, atrás de cortinas, que tu não tens perceção do doente (…) os familiares veem dizer se ele está a vomitar, se ele está a sentir-se mal (…)” E8</p> <p>“(…) ajuda muito a parte dos enfermeiros e a parte médica estar ali uma pessoa ao lado do doente.” F1</p> <p>“(…) escusam-se de preocupar tanto porque se acontece alguma coisa está ali uma pessoa (…) em qualquer emergência eu posso chamar-lhes, nestes aspetos podemos ajudar um bocado.” F3</p> <p>“(…) chamei o enfermeiro quando subia a febre (…)” F7</p>
		<p>Apoiar nos cuidados ao doente (AVD’S)</p>	<p>“(…) melhoria dos cuidados (…) e necessidades que eles possam ter (…) como por exemplo, (…) posicionamentos, troca de fraldas (…) cuidados de higiene (…)” E1</p> <p>“(…) podem ajudar (…) na alimentação (…)” E2</p> <p>“(…) podem contribuir, nomeadamente na alimentação, no auxílio na ida a casa de banho, na colaboração da prestação de alguns cuidados.” E6</p> <p>“(…) por exemplo, ela tinha fome e eu fui perguntar é enfermeira se ela podia comer (…)” F3</p> <p>“(…) fui calçar-lhe a meia, puxar-lhe a roupa para cima, podemos ajudar a levar á casa de banho.” F3</p> <p>“(…) ajudei-o a ir á casa de banho.” F6</p> <p>“(…) se eu visse alguém que precise de ajuda, ajudava (…) ajudei a posicionar um senhor (…)” F7</p>



A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

		Colheita de dados – avaliação inicial	<p>“(…) sabem qual é o padrão normal do comportamento (…)” E1</p> <p>“(…) conhecer o doente (…)” E2</p> <p>“(…) termos um padrão de comparação (…)” é “(…) fundamental ter um ponto de referência (…)” E2</p> <p>“(…) para fazer a entrevista, saber mais informação sobre o doente (…)” E4</p> <p>“(…) para conhecer melhor o doente, para saber como ele era no domicílio (…)” E4</p> <p>“(…) como o doente era previamente em casa (…)” E5</p> <p>“(…) prestar depoimento sobre as patologias anteriores, como era o estado prévio da pessoa (…)” E6</p> <p>“(…) conhecem melhor a pessoa (…)</p> <p>nós conhecemos naquele momento naquele contexto.” E7</p> <p>“(…) tentar conhecer melhor o doente, integra-lo no processo terapêutico do doente (…)” E7</p> <p>“(…) colheita de dados, saberes mais alguns pormenores do doente (…)” E8</p>
		Realizar educação para a saúde	<p>“(…) posso fazer alguns ensinios e digo quais os objetivos do estado do doente (…)” E1</p> <p>Realizar “(…) ensinios relativamente á alimentação (…)</p> <p>corrigir nas diversas técnicas de posicionamentos (…)</p> <p>inclui-los no processo da melhoria do doente (…)” E7</p>
Aspetos desfavoráveis atribuídos à presença da	Relacionados com as condições do serviço	Estrutura física do serviço	<p>“(…) é complicada porque o serviço urgência é pequenino (…)” E1</p> <p>“Espaço físico não é apropriado.” E1</p> <p>“(…) o espaço físico (…)</p> <p>não tem condições de estar com doentes e familiares (…)</p> <p>tudo muito reduzido, muito acanhado (…)” E2</p>

<p>família num Serviço de Urgência</p>			<p>“(…) o espaço físico não está preparado (…)” E4</p> <p>“(…) é a estrutura (…) tendo espaço para trabalharmos, tendo espaço para ter alguém, ali á beirinha do doente (…) se conseguia.” E4</p> <p>“O acesso que estes familiares têm, tão fácil de chegar a nós e de entrar numa sala onde não deveriam entrar, muitas vezes põem em causa a privacidade do próprio utente, que não é o familiar deles (…)” E6</p> <p>“(…) infraestrutura do serviço não proporciona uma vigilância de todos os doentes (…) há paredes, cortinas tudo a separar, e isso criam barreiras que nos dificultam na vigilância dos doentes” E6</p> <p>“(…) é estrutural (…) que não temos uma urgência que esteja fisicamente preparada para poder receber o volume de familiar ou de acompanhantes.” E7</p> <p>“(…) estrutura física do serviço (…) não está preparada para receber tantos doentes, uma pessoa tem que pensar que cada doente tem o seu familiar, mas se não tiver em condições para receber também não vai ser facilitador no processo.” E7</p> <p>“(…) as condições do serviço (…) trabalhas no meio dos familiares, trabalhas no corredor, e tens toda a gente ali (…).” E8</p> <p>“(…) os corredores deviam estar livres para ás vezes não verem aquilo que não querem.” F1</p> <p>“(…) não haver muita gente neste corredor (…)” F2</p> <p>“(…) não houvesse muita gente no corredor, que ás vezes até assusta e assusta muito.” F2</p> <p>“(…) as condições não são as melhores porque está tudo atulhado de macas e de</p>
--	--	--	---

			<p>familiares porque todos têm de estar no corredor.” F3</p> <p>“Estar a pé não é o mais agradável, mas suporta-se bem, o fato de poder estar ali ao lado dele.” F5</p> <p>“(…) coitadinhos aqui no corredor em cadeiras de rodas, (...) sozinhos e alguns de longe com o braço partido por exemplo e ficam no corredor á espera.” F7</p> <p>“Para os acompanhantes é um bocado penoso estar tanto tempo a pé infelizmente são muito as pessoas e poucas as cadeiras (...)” F8</p>
		Tempo de espera	<p>Atendidos estamos a ser bem atendidos, o demorar já se sabe que nas urgências é sempre assim (...)” F3</p> <p>“(…) apesar de demorado, parece-me minimamente organizado, até bastante organizado.” F8</p>
	Relacionados com a família	Gerar ansiedade no doente	<p>“(…) não esteja a ajudar o doente (...) causa-lhe (...) mais ansiedade (...)” E1</p> <p>“(…) não sabem estar e muitas vezes em vez de estarem a colaborar e a facilitar o tratamento ao utente estão a complicar a situação e a enervá-los mais (...)” E6</p> <p>“(…) familiar que decide (...) ralhar ou falar mal para o doente (...) vamos ter um doente menos colaborante (...)” E7</p>
		Gerar Conflitos	“(…) um familiar (...) não compreendem que existem outros doentes (...) que gere conflitos (...)” E8
		Familiar não ser significativo	“(…) o familiar que não sejam significativos (...)” E1
		Desinteresse	“(…) 90% essa relação é muito fraca e não há acompanhamento do doente.” E3

			<p>“À mais um estar cá dentro e não um olhar direto para o doente.” E3</p> <p>“(…) as pessoas vêm com o intuito de saberem o que se passa cá dentro, não se preocupam minimamente com o doente, muitas vezes abandonam (…)” E3</p> <p>“(…) os familiares (…)</p> <p>estão muitas das vezes no serviço de urgência para ver o que se passa à volta e não para estar junto do familiar.” E8</p>
		Questão cultural	<p>“(…) tem a ver com a cultura (…)” E1</p> <p>Um “(…) problema cultural (…)” E3</p> <p>“(…) a parte socio cultural das pessoas em que nós estamos inseridos (…)” E8</p>
	Relacionados com o profissional de saúde	Dificulta a concentração/ planeamento do trabalho	<p>“(…) interrompem a nossa ação, não nos dão concentração, fazem repetidamente a mesma pergunta a vários profissionais (…)” E3</p> <p>“(…) tiram-nos a concentração quando estamos a preparar a medicação, a colher uma história, a tratar de um doente, e até quando estamos a praticar algumas técnicas invasivas.” E6</p> <p>“(…) põem em causa a nossa concentração na administração da medicação e nos cuidados que vamos prestar ao utente, põem em causa a própria pratica, muitas vezes estamos a “picar” um doente, tocam-nos no braço, empurram-nos, distraem-nos, no fundo acabam por distrair-nos no trabalho (…)” E6</p>
		Interrupções constantes na atividade do enfermeiro	<p>“(…) muita solicitação (…)</p> <p>estamos sempre a ser solicitados por isso e por aquilo (…)</p> <p>perdermos às vezes o fio à meada do que estamos a fazer (…)” E2</p> <p>“(…) seja um familiar que esteja sempre a fazer perguntas, sempre a interferir no meu trabalho aí já me faz um bocadinho de confusão (…)” E4</p> <p>“(…) interromperem sempre que vais fazer alguma coisa (…)” E5</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

			<p>“(…) às vezes são muito apelativos, muito interventivos, no mau sentido (…)” E7</p> <p>“(…) um familiar muito apelativo que vai-te estar sempre a interpelar (…)” E8</p> <p>“(…) depende do familiar (….) existem (….) familiares que geram conflitos, ou são muito apelativos, vão estar a interpelar-nos muitas vezes (….) somos (….) interrompidos muitas vezes na realização das tarefas e já não consegues e perdes-te naquilo que ias fazer (….)” E8</p>
		Falta de colaboração nos cuidados ao doente	<p>“(…) nos cuidados que prestam não se verifica uniformemente por todos os familiares (….) alguns ajudam, outros que não, aliás dizem que tu estás aí para trabalhar e para fazeres isto e ponto final.” E2</p> <p>“(…) vão se embora e depois para posicionar eu não consigo, eu não posso, dói-me isto e aquilo, acabam por não ser tão facilitador para nós acaba por ser prejudicial (….)” E5</p>
		Entrave	<p>“(…) um estorvo físico (….)” E6</p> <p>“(…) se toda a gente tem um acompanhante aqui ninguém se mexe e atrapalha e estão a ver se faz bem ou se faz mal (….)” F3</p>
		Sobrecarga de trabalho	<p>“(…) temos muito trabalho (….) muitos doentes e (….) não temos muito tempo (….)” E2</p> <p>“(…) nós somos tão poucos que não consegues dar atenção ao doente quanto mais ao familiar.” E8</p>
		Inexistência de familiar de referência	<p>“(…) fazerem as mesmas perguntas, porque (….) tens dois ou três familiares que entram e cada vez que entram, e perguntam exatamente o que se passa com o doente, o que equivale que percamos muito tempo na gestão dessa situação.” E5</p> <p>“O fato de não ser sempre o mesmo familiar (….)” E6</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

		Comunicação com a família	<p>“(…) á uma dificuldade na comunicação e a dificuldade na comunicação é terrível.” E6</p> <p>“(…) a população não deveria ser tão leiga, muitas vezes pensam que estamos a fugir de explicar alguma coisa, mas a verdade simplesmente não conseguimos chegar a eles (…)” E6</p> <p>“(…) um problema de comunicação (… ) comunicação que falha em todos os lados, de nós para eles de eles para nós.” E7</p>
Sugestões para favorecer a presença da família num Serviço de Urgência	A nível de recursos materiais	Reestruturar as condições físicas do serviço	<p>“(…) aumentar o serviço de urgência (… ) criar condições em termos de espaço (… ) por exemplo, colocar uma cadeira junto de cada maca (… ) Campainhas perto de macas (…)” E1</p> <p>“Obras na urgência.” E4</p> <p>“Arranjar áreas de trabalho (…)” E4</p> <p>“(…) mudança das infraestruturas do serviço (… ) áreas para os familiares, área de tratamento, privacidade, técnicas (…)” E6</p> <p>“(…) era bom de ter uma urgência nova (… ) um espaço próprio para determinados doentes (… ) por exemplo para doentes paliativos e espaços mais resguardados, cadeiras e cadeirões (…)” E7</p> <p>“Condições físicas (… ) de profissionais (… ) se tu tivesses outras condições provavelmente em termos físicos e assim em termos de número de profissionais se calhar conseguíamos dar aquela atenção aquele apoio que o familiar também precisa que não é só o doente.” E8</p> <p>“(…) uma salinha para colocar os doentes para que não ficassem no corredor (… ) haver uma sala própria quando estão á espera de os exames estarem numa sala,</p>

			<p>estarem nos corredores dá muito mau aspeto, muito mau.” F1</p> <p>“(…) devia ter ou outra sala diferente ou que atendessem mais rápido e melhor.” F2</p> <p>“(…) deveria haver um espaço onde estivessem as macas todas onde os familiares pudessem estar sentados á beira (…)” F3</p> <p>“Deveria haver um espaço que enquanto estão á espera dos resultados pudessem aguarda com os familiares ao lado, para que o pessoal pudesse trabalhar mais á vontade, porque estariam ali os familiares que se acontecesse alguma coisa chamavam.” F3</p> <p>“(…) cadeiras essencialmente (…). Mais locais onde as pessoas pudessem-se sentar e descansar um bocadinho.” F8</p> <p>“Haver mais máquinas não precisava de ser de comida, mas mais máquinas de água (…)” F8</p> <p>“Um espaço onde as pessoas pudessem estar sentadas e pudessem esperar mais confortavelmente e que as cadeiras não estivessem partidas de preferência, ou seja mais e que não estivessem partidas.” F8</p> <p>“Umas condições um bocadinho melhor para quem está com os doentes.” F8</p>
		Alterar horários de visitas	“(…) modificar horários (…)” E2
		Otimizar as condições de segurança	<p>“(…) mais controle de segurança nas portas (…)” E2</p> <p>“(…) aumentar a vigilância das portas (…)” E3</p>

A Presença da Família num Contexto de Serviço de Urgência

	A nível familiar	Informação á família	<p>“(…) haver um familiar de referência (…)” E5</p> <p>“(…) a informação (….) uma ligação mais eficaz entre utente – profissional – familiar.” E6</p> <p>“(…) informação a nível social (…)” E6</p>
		Envolver a família nos cuidados em contexto de sala de emergência	<p>“(…) ter um profissional numa reanimação cardiopulmonar (…). Era uma maneira também de valorizar o nosso trabalho de eles perceberem o que é que nos estamos a fazer para tentar salvar o familiar deles e se calhar trazia mais visibilidade para nós enquanto enfermeiros e para o nosso trabalho (….) até mesmo para o familiar perceber que tudo foi feito (…)” E8</p>
		Instruir sobre os deveres do acompanhante	<p>“(…) sentir-se penalizado (….) e informar sobre o que se (….) pretende com o familiar (….) no serviço de urgência, que é estar perto do doente, é dar informação e receber informação e levar a informação para o domicílio para cuidar do seu familiar.” E3</p>
	A nível de recursos humanos	Apostar na formação continua dos profissionais de saúde	<p>“(…) formação (….) a nível do atendimento da linha azul.” E6</p> <p>“(…) formação da população (….) mais ensinos (….) investimento na formação por parte dos cuidados primários (….) de informação.” E6</p> <p>“(…) mais formação relacionada com a comunicação.” E7</p> <p>“(…) com psicólogos sobre estudos do comportamento ou secções de grupo (….) às vezes precisamos de falar sobre o assunto, partilha de conhecimento (….)” E7</p>
		Aumentar aos rácios	<p>“Aumentar o número de profissionais (….)” E8</p> <p>“(…) mais enfermeiros e mais médicos (….)” F6</p> <p>“(…) colocar mais gente também ajuda.” F7</p>